

سلسلة مقدمات موجزة
الطب النفسي
توم بيرنز
ترجمة
حسين العبري



سلسلة مقدمات موجزة

الطب النفسي

توم بيرنز

ترجمة: حسين العبري

مراجعة: د. شحدة فارع

RC454 .B84125 2021

-Burns, Tom, 1946

الطب النفسي / تأليف توم بيرنز ؛ ترجمة حسين العبري ؛ مراجعة شحدة فارع. ـ ط. 1.
ـ أبوظبي : دائرة الثقافة والسياحة، كلمة، 2021



(سلسلة مقد

تر

تد

1 -د
السلسلة.

يتضمن هذا الكتاب ترجمة الأصل الإنجليزي:

Psychiatry: A Very Short Introduction by Tom Burns

Second Edition






محمد خطاب

الطب النفسي





المحتويات


MOHAMED KHATAB



مقدمة

يؤكد الطب النفسي في الوقت الراهن أنه «مجرد تخصص آخر من التخصصات الطبية»، مثله مثل طب القلب وطب الأورام. ولهذا التأكيد هدفان: أولهما، جعل الطب النفسي مهنة تحظى بمزيد من الاحترام؛ فالتركيز على جانبه العلمي والتزامه بالتشخيصات الدقيقة والعلاجات المستندة إلى الأدلة، يُعليان منزلته في الحقل الطبي وفي المجتمع بشكل عام. وثانيهما، التخفيف من الوصمة التي دائماً ما رُبِطت بالأمراض النفسية؛ فالتشديد على أن الأمراض النفسية مثلها مثل أي مرض آخر («الأمراض النفسية أمراضٌ عقلية») يهدف إلى أن يُقلِّل من التحيز الذي يعاني منه المصابون، ومن الإحساس بالمسؤولية والخزي الذي يُثقِل كاهل عدد كبير من المرضى وعائلاتهم. إننا لا نشعر بالخزي ولا نلوم أنفسنا إذا أصيب أحد أفراد العائلة بالتهاب مفاصل، فلماذا نشعر بذلك لو أنه أصيب باكتئاب؟ وعليه فالتركيز على الأسس الطبية للطب النفسي إنما يُقصَد منه، على وجه صائب، مواجهة هذه الاعتبارات من المعاناة الإضافية غير اللازمة.

بيد أن الأمر ليس بهذه السهولة؛ فالطب النفسي مختلف بالفعل؛ حتى إن من يعمل منّا في هذا المجال يُعامَل بشكل مختلف. وغالباً ما أُسأَل، على سبيل المزاح نوعاً ما، ما إذا كنا أصبحنا أطباء نفسيين لأننا غريبو الأطوار أم أننا أصبحنا غريبي الأطوار لأننا أطباء نفسيون. ومن كثرة الرسوم الساخرة التي تنتشر حول الطب النفسي خصصت مجلة نيويورك عدداً خاصاً بها.

يُثير الطب النفسي الخوف أيضاً؛ فالأطباء النفسيون هم في نهاية المطاف الوحيدون الذين يستطيعون أن يَفرِضوا العلاج، إذ توجد قوانين خاصة في كل الدول المتقدمة تحقق أمرين: حماية المرضى النفسيين من العقاب، وكذلك إجبارهم على العلاج إن كان ضرورياً. وهناك إجماع دولي ملحوظ على واقعية الأمراض النفسية وأهميتها، بالرغم من غياب تعريفات موضوعية بسيطة لها، كما سيتضح خلال الكتاب.

هناك أيضاً افتتان بالطب النفسي يذهب أبعد من الفضول المعرفي الطبيعي حول كيفية عمل الجسم والعقل. وقد اقترح محللون نفسيون أن هذا الافتتان (الذي غالباً ما يكون ممتزجاً بالخوف) سببه أن الأمراض النفسية تُفصح عن صراع المشاعر الكامن فينا، فنحن نرى الاكتئاب الذي نتصارع معه

ونعاني منه واضحاً أمامنا، أو نرى أشخاصاً يفقدون السيطرة على أنفسهم، بينما نخاف من التعبير عن كبتنا (أو نتوق إليهما سراً).

هناك بالتأكيد بعض الصحة في هذا، فكما هو موضح في الفصل الأول فإن الأمراض التي يتعامل معها الطب النفسي تُشخَّص بالاعتماد على خبرات ومشاعر مألوفة لنا جميعاً، ومع هذا فهي تحمل في الوقت نفسه «اختلافاً» من نوع ما. إننا نتماهى مع أوصاف هذه الأمراض، ولكننا ندرك أننا تجاوزنا عتبة مهمة من نوع ما. إن التطور العلمي المضطرد للطب النفسي يزيد من وضوح هذه العتبة، من خلال التطورات الهائلة في مدى دقة التشخيص. ومع هذا فإن الفصل السادس يبرز بعض النتائج غير المرغوبة المتأتية من هذه الثقة الزائدة.

يعَدُّ الطب النفسي، كغيره من فروع الطب، نشاطاً لحل المشكلات بطريقة نفعية؛ يستفيد من النظريات العلمية لكنه لا يُشتَق منها ولا يُحصَر بها. فبخلاف علم النفس أو الفيزياء، لا يمكن اشتقاق الطب النفسي بالنهج التنازلي من مبادئ أساسية. فقد تشكل الطب النفسي من الأمراض التي احتاجت (واتُّفِق على حاجتها) إلى علاج، وتأثر أيضاً بالعلاجات التي توافرت في حينها. يحتوي الفصل الأول على أوصاف لمرضيْ الفُصام العقلي والاكتئاب الهوسي، وكيف صاغ هذان المرضان مهنة الطب النفسي في طور نشوئها. يعكس تطور الطب النفسي قيم وبُنى المجتمعات التي احتضنته، ويكاد يستحيل فهم الممارسات الراهنة من غير فهم شيء من ذلك التاريخ الذي سيُغطَّى في الفصلين الثاني والثالث. ويعرض الفصل الرابع إسهام التحليل النفسي والعلاج النفسي المُهمَل نسبيّاً كذلك في وقتنا الراهن.

أما الفصلان الخامس والسادس فيتناولان الخلافات المُثارة حول الطب النفسي وفي داخله منذ بزوغه مهنةً مستقلة. وإنه لَنقدٌ منصفٌ لهذا الكتاب أنه يكرِّس مساحة أكبر لهذه الخلافات مما يخصصه لتطورات الطب النفسي التي لا يمكن إنكارها. كان يمكن أن أسهب أكثر عن الأدوية الجديدة والعلاجات النفسية المُحسَّنة وممارسات العمل التي أسهمت بشكل وافر في الارتقاء برفاهية البشر، فالطب النفسي وعلوم الأعصاب تتقدم بخطوات سريعة.

لقد كرّستُ مساحة أكبر للجوانب الجدلية في الطب النفسي لسببين: أولاً، لأنها تُظهِر اختلافات فلسفية وأخلاقية حقيقية بين الأمراض النفسية والعضوية المزمنة. ولن تطمس التطورات التقنية هذه التوترات، بل وكما هو مبينٌ في الفصلين السادس والسابع فإن العلاجات الناجعة غالباً ما تجعل هذه التوترات أوضح. ويمكن للتحدي الذي يواجهه الطب النفسي في القرن الحادي والعشرين أن يحتدَّ خصوصاً فيما يتعلق بالأسئلة الأخلاقية والاجتماعية التي تفرضها علاجات الدماغ متزايدة الفعالية والتعقيد. ثانياً، لأن الطب النفسي ميدان ينبغي أن تُصهَر فيه أسئلة العصر الكبرى -الفلسفية والسياسية والاجتماعية - في بوتقة العلاقات البشرية الحقيقية ومعاناتها. يتجلى الجدل الفلسفي حول الإرادة الحرة والحتمية في نقاشات المحاكم في أثناء الدفع بحجة الاعتلال النفسي، وفي استراتيجيات التعامل الحكومية مع ذوي الاضطرابات العقلية. أدت سياسات السلطة والتحكم الاجتماعي إلى تفكيك المصحات النفسية، وهي التي تدفع حالياً بالجدل القائم حول العلاج القسري. وتُحوِّم في أرجاء حقل الطب النفسي قضية الفصل بين العقل والدماغ. وقد أدّت الهجمات

المستمرة للحركات المناهضة للطب النفسي في ستينيات وسبعينيات القرن العشرين إلى تأكيد حق الاختلاف (أو بتعبيرهم: الالتزام الوجودي) (الفصل الخامس).

فأهلاً بكم فـي مجـالٍ طبـي غامض ومثيـر فـي آن واحد، حيث يستمر الاصطدام بين التقدم في علوم الدماغ والحقيقة المُشوَّشة للكائن البشري. وبالرغم من أجهزة التصوير والأدوية المُصمَّمة فإن الطب النفسي لا يزال يعتمد على توطيد علاقات شخصية موثوقة. وأخيراً مرحباً بكم إلى مسعى يستمر في تحدِّينا حول ما يجعلنا بشراً بحق، ويذكِّرنا باستمرار بتلك الأمور الفلسفية العالقة (الإرادة الحرة، وثنائية الجسم-العقل، والاستقلالية الشخصية في مقابل الالتزامات الاجتماعية) التي عادةً ما نحاول نسيانها كي نمضي ببساطة قُدُماً في الحياة.



قائمة الرسوم التوضيحيّة

٦. بقايا قسم الطب النفسي في طوكيو بعد أن أحرقه الطلاب عقب محاضرة آر دي لينج في 1969م ١٦٠

.AP/REX/Shutterstock

٧. كرسي دوّار ١٦٧

.Courtesy of the US National Library of Medicine

٨. وليام نوريس مقيداً في بِدلام في 1814م ١٦٨

.Pictorial Press Ltd/Almay Stock Photo

٩. واقع افتراضي لمقطورة من الداخل في قطار أنفاق لندن، يطلب من المرضى أن يصفوا ما يرونه في تجربة الواقع الافتراضي داخل مقطورة قطار الأنفاق وأن يشرحوا سلوك الذين من حولهم ٢١٠

Courtesy of Prof. Dan Freeman

١٠. وجوه مُجسَّمَة تستخدم في علاج الهلاوس ٢١٢

.Courtesy of Prof. Tom Craig

يعتذر الناشر والمؤلف عن حدوث أي خطأ أو حذف في هذه القائمة. وهما مستعدان لتصحيح أي خطأ يُبلغان عنه في أقرب فرصة ممكنة.

الفصل الأول
ما الطب النفسي؟

الناس الطبيعيون هم فقط

من لا تعرفهم جيداً جداً.

لا بد أننا جميعاً نعرف شخصاً ما مضطرباً (قلِقاً أو حزيناً أو مُشوَّشاً)، ويشعر أغلبنا بمثل هذا في بعض الأوقات. ففي مثل هذه الأوقات قد تكون عواطفنا طاغية ويصعب التحكم بها وأفكارُنا غريبةً وغير مألوفة. ولا تساعدنا وسائل الإعلام بتكرير الدعاوى المبالغ بها أن واحداً من كل أربعة منا «لديه اضطراب نفسي» أو أن خُـمس الطلاب يعانون من «مشكلات نفسية».

هل يعني هذا أننا مرضى نفسيون أو بحاجة إلى طبيب نفسي؟ لحسن الحظ فإن الإجابة بالنسبة لمعظمنا هي لا. ومع هذا فحين نقرأ عن الطب النفسي نجد أوصافاً لتجارب شبيهة جداً بتجاربنا. والطب النفسي مذهل لأنه يتعامل مع الوعي، والاختيار، والدافعية، والإرادة الحرة، والعلاقات؛ أي أنه يتعامل مع كل شيء يجعل منا بشراً. وفيما تتوارى الحالات الموصوفة عادةً خلف عبارات اصطلاحية مبهمة («انفعال» بدلاً من مزاج، و«قلق» بدلاً من هَمّ، و«رُهاب» بدلاً من خوف، و«إدراك» بدلاً من تفكير) فإنها تظل سهلة التمييز فوراً.

ستظهر هذه المفارقة المستمرة في الطب النفسي مراراً في تلافيف هذا الكتاب، لأن موضوعه متجذر بعمق في التجربة البشرية العامة، ومع هذا وفي الآن نفسه «مختلف قليلاً» عنها نوعاً ما، إن تجارب المرضى مألوفة لدينا بصورة فورية، ومع هذا فهي تُستخدَم لتشخيص اضطرابات بعيدة جداً عن تجاربنا. وآمل مع نهاية هذا الكتاب أن تفهم هذه المعضلة بشكل أفضل ولكنْ لا يمكنني أن أَعِدَ بحلها لك، فقد قُتِلَت نقاشاً مذ وُجِد الطب النفسي ولا يزال النقاش حولها مستمراً. ومع هذا، فمن الأفضل أن نبدأ بتعريف الطب النفسي (وما ليس هو) قبل العودة إلى الخلافات الفلسفية والسياسية التي ترافقه.

ما يتعلق بالنفس: علم النفس، والعلاج النفسي،

والتحليل النفسي، والطب النفسي

تصف هذه المصطلحات الأربعة مقارباتٍ مختلفة لفهم الأفراد الذين يعانون من مشكلات نفسية وانفعالية (عقلية) ومساعدتهم. هناك تداخلات كثيرة بينها، ويمكن للفرد ذاته أن يصف نفسَه أحياناً مستخدماً أكثر من مصطلح منها، فليس من المستغرب أن يخلط الناس بينها. ويساعد تمييز الاختلافات بينها في توضيح ماهية الطب النفسي.

علم النفس

علم النفس هو العلم المختص بدراسة أفكار البشر وسلوكاتهم، وقد تحدَّر قبل نحو قرن من تقاليد الفلسفة الاستبطانية (محاولة فهم عقول الآخرين عن طريق فهم عقلك الخاص)، وهو الآن علم موجود على نحو راسخ. ويشمل دراسة العمليات العقلية وفهمها بكل جوانبها، وله عدة فروع. يجري علماء النفس التجريبي تجارب دقيقة لاستكشاف الوظائف العقلية (الإدراك الحسي، الذاكرة، اليقظة، المخاطرة، إلخ)، ولا يحصرون أنفسهم في دراسة البشر، بل يدرسون كذلك الحيوانات، إما لِفَهم سلوكها الحيواني المستقل أو لاستخدامها نماذجَ لفهم السلوك البشري. ويُعَدُّ علم النفس التجريبي عموماً «علماً بحتاً» يستخدم مبادئ البحث العلمي الصارمة ذاتها التي تستخدمها الفيزياء والكيمياء.

هناك مهنٌ عديدة ضمن علم النفس (مثل: اختصاصيو النفس التربوي، اختصاصيو علم النفس الصناعي، اختصاصيو علم النفس الجنائي). أما اختصاصيو علم النفس السريري فلديهم تدريب على مستوى الدراسات العليا في علم النفس المرضي لمساعدة الناس في التعامل مع مشكلاتهم. واستخدَمتْ مناهجهم الأولى نظرية التعلم في العلاج السلوكي (أي تشكيل السلوك بمداومة الثواب والعقاب). وكان هذا ناجحاً خصوصاً في مساعدة الأطفال المضطربين والذين لديهم صعوبات تعلّم على تعديل سلوكهم. وتكمن قوة هذا العلاج الكبرى في أنه يعمل مباشرةً دون أن يحتاج المريض إلى فهمه. أصبحت العلاجات النفسية هذه الأيام أكثر تطوراً، وأحد أنجع هذه العلاجات وأكثرها ممارسةً (العلاج المعرفي السلوكي) الذي طوَّره اختصاصيو علم النفس السريري وهم في الغالب من يقدمه، وهم أعضاء أساسيون حالياً في كل خدمات الصحة النفسية (النفسانية) المعاصرة.

التحليل النفسي

التحليل النفسي طريقة لعلاج الاضطرابات العُصابيّة طوَّرها سيغموند فرويد في نهاية القرن التاسع عشر في فيينّا. يُشجَّع المرضى في التحليل النفسي على الاسترخاء وقول أول شيء يتبادر على أذهانهم (التداعي الحر)، وعلى إيلاء انتباه أكبر لأحلامهم وأفكارهم «غير المنطقية». اعتقد فرويد أن الاضطرابات العصابية تنشأ لأن المرضى يحاولون أن يحتفظوا (يكبتوا) في لا وعيهم بالأفكار والمشاعر المرفوضة لديهم. يستمع المحلل بحرص لما يقوله المريض ويكتشف الأنماط الدالة على هذه «الصراعات». وبمشاركة هذه التوقعات (التفسيرات) مع مرضاه يساعدهم في التصدي لهذه الصراعات والتخلص منها. والتحليل النفسي عمل مكثف؛ تقليديّاً جلسة ساعة لخمسة أيام في الأسبوع لعدة سنوات. والتحليل النفسي هو مصدر الصورة الكرتونية للطبيب النفسي الملتحي الجالس خلف المريض المستلقي على كنبة.

وبالرغم من أن فرويد كان طبيباً إلا أنه من غير الضروري أن يتدرّب المحلل طبيّاً. وكان المحللون في أمريكا (حيث كان التحليل النفسي أكثر تأثيراً) عادةً أطباء أيضاً، لكنّ هذا يصبح استثناءً متزايداً في الوقت الراهن. ونادراً ما يستخدم المحللون معرفتهم الطبية؛ فهم يتحلّون بفضيلة عدم «التدخل» أبعد مما يستدعيه التحليل. هنالك عدة مدارس للتحليل النفسي طوّرها أتباع فرويد (مثل: يونغ، وإدلر، وكلاين) وقد ابتعد بعضها جداً عن الأنموذج الأصلي (مثل: رايش، ولاكان). أحدث التحليل النفسي تأثيراً هائلاً خارج الطب النفسي، وأصبحت مصطلحات مثل «فرويديّ» و«زلة فرويديّة» جزءاً من الحديث اليومي، وظل مُبجَّلاً ومُؤثِّراً جداً في الفنون والدراسات الاجتماعية، لكنه يُهمَّش بازدياد في الممارسة الحديثة للطب النفسي بسبب محدودية الدليل العلمي على فعاليته.

العلاج النفسي

اتضح سريعاً أن التحليل النفسي يتضمن أكثر مما تضمنه مفهوم فرويد الأصلي المحايد عن اللاوعي. كانت العلاقات التي تتشكل في أثناء العلاج المُكثَّف شديدة التأثير، وابتدأ المحللون في استكشاف كُنْه هذه العلاقات مجربين علاجات أكثر فعاليةً واختلافاً (مُحدَّدة زمنياً، ونماذج منظمة، والعلاج في مجموعات، والعلاج الأسري، إلخ). إن هذه المقاربات النفسية، التي تُستخدَم فيها العلاقة بفاعلية من خلال الكلام لتعزيز الوعي الذاتي والتغيير، هي ما يُفهَم عموماً على أنه «علاج نفسي». ارتكزت معظم العلاجات النفسية الأولى بقوة على نظريات فرويد، وتُدعى «ديناميكية نفسية» للتشديد على تأثير الأفكار والمشاعر مع الوقت، وبينما يعتمد عدد من العلاجات الأحدث على أطر نظرية أوسع نطاقاً، وأشكالها المتباينة مشروحة بتفصيل أكبر في كتاب العلاج النفسي: مقدمة قصيرة جداً.

وتشترك جميعها في أنها تستخدم التواصل ضمن علاقة رسمية وآمنة لاستكشاف الصعوبات وإيجاد طرق، إما للتأقلم معها أو تجاوزها. تستلزم معظم العلاجات النفسية الديناميكية كذلك (مثل التحليل النفسي) أن يخضع المُعالِج نفسه للعلاج كجزء من التدريب. ليس من السهل أن يصبح المرء محللاً نفسيّاً لأن الأمر ما زال مقنّناً بصرامة، أما العلاج النفسي فأقل رسمية بشكل عام.

تتشدد بعض مدارس العلاج النفسي فيمن تقبل، لكنّ لقب «المعالج النفسي» كان يستخدم، إلى وقت قريب، من قبل أي شخص. ومعظم المعالجين النفسيين ليسوا أطباء نفسيين، وللأسف فإن مهارات العلاج النفسي أقل أساسيةً في التدريب الطبي النفسي منها سابقاً، بالرغم من أن بعض الأطباء النفسيين يعملون بشكل رئيس معالجين نفسيين. وسيخصص الفصل الرابع للتحليل النفسي والعلاج النفسي.

ما الطب النفسي؟

وإذاً، إذا لم يكن الطب النفسي هو علم النفس ولا التحليل النفسي ولا العلاج النفسي، فماذا يكون؟ هناك تداخلات مع «علوم النفس» الأخرى لكن هناك بعض الاختلافات الجوهرية. أولاً وقبل كل شيء، الطب النفسي فرعٌ من الطب؛ فلا تستطيع أن تصبح طبيباً نفسيّاً من غير أن تصبح بدايةً مؤهلاً لأن تكون طبيباً. فبعد التدرب طبياً يقضي طبيب النفس المستقبلي عدة سنوات في تدريب إضافي. ومن المحتمل كثيراً أن يكون طبيبك النفسي امرأة؛ فنصف الأطباء المؤهلين الجدد نساء، ولديهن احتمالية أكبر من الرجال أن يمارسن الطب النفسي. يعود هذا لأسباب متعددة تتراوح بين التوازن في العمل / الحياة إلى السهولة الأكبر والتعامل مع الجوانب الاجتماعية للمهنة. يتعامل الطبيب النفسي بعدها مع الأمراض النفسية ويتعلم عنها بالطريقة نفسها تماماً التي يتدرب فيها طبيب جلد عبر علاج الأمراض الجلدية وطبيب ولادة عبر توليد الأطفال. وفي المجال الطبي، يُعرَّف الطب النفسي ببساطة على أنه الفرع الذي يتعامل مع «الأمراض النفسية» (عادةً ما تدعى في الوقت الراهن «اضطرابات نفسية»).

الطب في جوهره نشاط نفعي؛ ففي حين يرتكز بشدة على العلوم البيولوجية الأساسية وعلى الطرق العلمية إلا أن الاختبار الأسمى لعلاج ما يكمن في شفاء المريض. ليس علينا أن نعرف كيف يعمل العلاج بل أن نعرف ما إذا كان فاعلاً. لذا لا يقوم الطب النفسي على نظريات، كما هو الحال في العلاج النفسي والتحليل النفسي، بل على الممارسة. فما يُنظَر إليه على أنه مرض نفسي (وقد تغيَّر عبر الزمن) وما يتوافر من علاجات لهذا المرض، هي التي تحدِّد ماهية الطب النفسي.

ما المرض النفسي؟

هناك تداخل واضح حول هذا المفهوم («الطبيب النفسي هو من يُشخِّص ويُعالِج الاضطرابات النفسية»، و«الاضطرابات النفسية هي تلك الحالات التي يُشخِّصها ويُعالِجها الطبيب النفسي»). هناك جدال مستمر حول مصداقية التشخيصات النفسية، بل وحول وجود الأمراض النفسية من عدمه (الفصل الخامس). ومن المجدي أن نصرف بعض الوقت في معرفة السبب وراء الجدل الشديد حول التشخيصات النفسية، لأن هذا السؤال ما يفتأ يظهر باستمرار (بالرغم من أن هذه الأمور تنطبق على كل فروع الطب).

الذاتية في التشخيص

تعتبر المقابلة العلامة المميِّزة للطبيب النفسي. نقوم بالتشخيصات (وما زلنا نجري قدراً وافراً من العلاج) بمقابلة مباشرة مع المرضى. نأخذ بحرص التاريخ المرضي (كما يفعل كل الأطباء)، ولكن حينئذ، وبدلاً من إجراء فحص جسمي (الجس، قياس النبض، التسمّع بالسماعة الطبية)، نجري ما يُسمّى بـ «فحص الحالة النفسية». نستقصي فيه بدقة ما يُقلق المرضى، ويكدر مزاجهم، وطرق تفكيرهم، إلخ. يتضمن بعضٌ من هذا ببساطة تسجيل ما يخبرنا به المرضى (أنهم يسمعون أصواتاً غريبة أو يفزعون في كل مرة يفكرون فيها بالخروج من البيت). يحاول الأطباء النفسيون أن يذهبوا أبعد من هذا وأن يشعروا بعالم المرضى ويفهموا ما يعانون منه. تهدف هذه العملية إلى المضي إلى ما هو أبعد من تحديد الأعراض بتسجيل «الظواهر» (محاولة تفسير ما يعاني منه المريض)، وتحتاج إلى «تعاطف موجه»؛ باستخدام استجابات الطبيب النفسية الخاصة في المقابلة لفهم مشاعر المريض وتفكيره، حتى وإن لم يُعبَّر عنها بكلمات. فعلى سبيل المثال، قد نستنتج من سرد مريضٍ لسلسلة من أفعال انتقامية من غرباء وأصدقاء على حد سواء، أنه في الحقيقة منفعل ويسيء فهم الأحداث البريئة.

تعد القدرة على فهم كيفية شعور أناس آخرين بالأشياء وماهية شعورهم قدرةً بشرية جوهرية. يُطلَق على فهم كيفية رؤية الآخرين للعالم من منظورهم امتلاكَ «نظرية العقل». وهي قدرة متطورة جداً حيث إننا نستطيع أن نتعامل مع أربعة مستويات لها (أفهم كيف يفهم نظرته أو نظرة شخص آخر لفهمها ...إلخ). وهي قدرة شديدة الأهمية حيث أن فقدانها، كما في التوحد ومتلازمة أسبرجر، يشكل إعاقة جسيمة. يشحذ الأطباء النفسيون هذه المهارة، ومن خلال ألفتهم المستمرة بالكثير من الاضطرابات الشائعة، يمكنهم أن يستخدموها بفعالية لفهم التجارب المُشوَّشة والمُشوِّشة التي يخبرهم بها المرضى.

لا تعتمد التشخيصات النفسية على مؤشرات بدنية؛ فليس هناك فحوص دم ولا صور أشعة سينية. ولا يشكل سرد مكتوب لما يقوله المريض أو وصف مفصَّلٌ لسلوكه (مثل: تسجيل المعايير التشخيصية للاكتئاب) إلا جزءاً من عملية التشخيص. فالتشخيصات النفسية تعتمد على تقدير لماذا يقوم شخص ما بفعل ما، وليس فقط على ملاحظة ماذا يفعل. لذا يُوجّه لها الانتقاد بأنها غير علمية ولا «موضوعية». فرجلٌ طاعن في السن شديد الاكتئاب قد لا يقول إنه مكتئب بل يشتكي من تعب، وأوجاع وآلام، وقلة نوم، وإحساس بالذنب، وفي الواقع قد لا يتكلم على الإطلاق. سيفسر طبيب نفسي على الأرجح انعدام الحركة هذا على أنه اكتئاب، ويستنتج أن هذا نتيجة اليأس وفقدان الأمل وليس لأسباب بدنية كثيرة محتملة.

فرض إجابات محددة على التقديرات

إننا نقدِّر الاختلافات البشرية، ونكره عالَماً يحمل فيه جميع الأفراد الشخصية نفسها، بحيث لا يوجد فيه أفراد شديدو الحساسية، ولا أفراد مزاجيون، ولا شجعان أو متهورون. وبالمثل فإن حياةً بلا

اختلاف في المشاعر لا تطاق. وكتاب ألدوس هكسلي العالم الجديد الشجاع (حيث بمقدور الجميع أن يظل في حالة دائمة من الرضا عن طريق تناول مخدرٍ يسمى «سوما») كان لمدينة فاسدة لا لمدينة فاضلة. فحالات الحزن الشديدة، كما يحدث عند الموت أو الخوف حين يحترق منزل تشبه تلك الموجودة في بعض الأمراض النفسية. ليس هناك حد فاصل ثابت؛ لا يوجد تمييز مطلق بين الطبيعي وغير الطبيعي، فحتى سماع أصوات حين لا يكون أحد في الجوار (هلوسة صوتية) يحدث مع الناس «الطبيعيين» تماماً. فالأرامل من النساء والرجال يسمعون بانتظام أصوات شركائهم المتوفين بغاية الوضوح وعادة ما يجدونها مُطَمئِنة. وإذاً لماذا يَعدُّ الطبيب النفسي الهلاوس أعراضاً لمرض نفسي؟

تعتمد الممارسة الطبية في التعرف على الأنماط؛ فهناك مجموعة من الأعراض والعلامات التي تميز أغلب الاضطرابات. وليس من الضروري أن توجد جميعها معاً للوصول إلى التشخيص، ولكن بالطبع يغدو الأمر أيسر لو وجدت جميعها. وإذا كانت بعض الأعراض شديدة الوضوح فلا حاجة عادةً للتأكد من وجود الأعراض الأخرى، أما إذا لم تكن أي واحدة منها واضحة تماماً فسنسعى لإكمال الصورة. من المهم كذلك معرفة شدة الأعراض ومدتها (كم يدوم القلق، ما مدى تكرير الأصوات ودرجة إزعاجها). ولا بد كذلك من الأخذ في الاعتبار الاختلافات الثقافية؛ فالأوروبيون الشماليون عادةً ما يُعدون أقل تعبيراً عاطفيّاً من الأوروبيين الجنوبيين، لذلك يختلف التعبير عن الكرب بين فنلندي وإيطالي على سبيل المثال.

كان التدريب الطبي تقليدياً يتضمن مقابلة أكبر عدد ممكن من المرضى لتعلم هذه الأنماط ضمن نطاق الاختلافات البشرية. وقد أصبحت أنظمة التشخيص حديثاً أكثر صرامة، فهي تستلزم وجود أعراض وعلامات رئيسة علاوة على مجموعة مختارة من الأعراض والعلامات الأخرى.
والمعايير التشخيصية للاكتئاب المستعملة في التصنيف الدولي للأمراض -النسخة العاشرة، وفي الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية -النسخة الخامسة (للرابطة الأمريكية للطب النفسي) أمثلة على ذلك. تستلزم هذه الأنظمة أن يحدد الطبيب النفسي ما إن كانت واحدة أو أكثر من السمات الرئيسة موجودة. وتتمتع هذه الأنظمة بدرجة جيدة من الثبات لكن عملية التشخيص لا تزال هي نفسها. تشير النسخة الخامسة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية إلى ضرورة وجود «حالة اكتئاب» أو «نقصٍ في الاهتمام أو الاستمتاع» لمدة أسبوعين على الأقل علاوة على أربعة من تسعة أعراض أخرى مثل نقص الوزن، والأرق، والإرهاق، والاهتياج، إلخ. وعلاوة على ذلك فإن هذه الأعراض لا بد أن تسبب كرباً ملحوظاً أو اختلالاً في الوظيفة الاجتماعية وألا تكون بسبب حالة طبية معينة. فالاكتئاب يعامل كخاصية نعم/ لا، موجودة/ غائبة، مع أننا نعرف جميعنا أن المزاج يتباين دائماً بين الناس ومن وقت لآخر. تستلزم التشخيصات النفسية تحديد إجابات محددة (نعم/لا، موجود/ غائب) للتقديرات الكمية (قليلاً جداً/ قليلاً/أكثر بقليل/ كثيراً/ كثيراً جداً) بما في ذلك القرارات المهنية.

يظهر هذا بوضوح شديد في الطب النفسي لكنه بالتأكيد ليس محصوراً به، فتصورنا المعروف عن الأمراض عادةً ما يرتكز على أمثلة من الأمراض المعدية أو الرضة الجراحية؛ إما أن تكون لديك عدوى أو لا تكون، رجلك مكسورة أو غير مكسورة، ليس هناك غموض ولا حاجة للاتفاق أو

الإجماع. ومع هذا، فقليل من الأمراض بسيطة هكذا. وحتى مثال العدوى ليس بسيطاً؛ إذ يمكنك أن تجد البكتيريا نفسها التي تسبب ذات الرئة في العديد من الأفراد الأصحاء تماماً، ولا نتمكن من التشخيص بمجرد اكتشاف البكتيريا ولكن باكتشافها بمصاحبة الحمى والسعال. ولا تمكِّننا حتى المعلومات القابلة للتمحيص والموضوعية من حل هذا الإشكال دائماً. وما يؤخذ على أنه «مرضي» يتغير بتغير المعرفة عن الأمراض والعلاجات المتاحة. وكما قادتنا العلاجات المتطورة إلى خفض معيار الاكتئاب، فإن معرفتنا المتنامية بتشخيصات العلل التي تبدو واضحة وقابلة للقياس، مثل داء السكري وارتفاع ضغط الدم، تعيد تعريف هذه العلل باستمرار.

لذا فالطب النفسي ليس لضعاف القلوب أو لمن هم بحاجة إلى الأمان النفسي. إنه الوحيد من بين كل فروع الطب الذي يكشف بوضوح العمليات الكامنة وراء الوصول إلى تشخيص. وتوضح اللغة المستخدمة ذلك، فالأطباء النفسيون «يصنعون» التشخيصات، فهم يفرضون الأنماط بدلاً من اكتشافها ببساطة. وهو أيضاً الفرع الطبي الذي يعترف بصراحة بتأثير التاريخ الفردي والشخصية على الممارسة الطبية. فتعريف الاضطرابات التي يستعملها الأطباء النفسيون، وكيفية ظهور أعراضها في الأفراد، كلاهما يتشكلان بتوقعاتنا. فمثلاً، نتعامل في وقتنا الراهن مع كرب المعركة أو صدمة القذيفة في الحرب ونعالجها كاضطراب نفسي، بينما كنا قبل قرن من الزمان نعاقب عليها لكونها جبناً. وينشد الشبان في القرن الحادي والعشرين المساعدة لحل مشكلاتهم بأسلوب لم يكن أجدادهم الذين كانوا يتحلون بالصبر ليوافقونهم عليه. وهذا لا يجعل الطب النفسي غير علمي أو غير موثوق فيه (التشخيصات النفسية موثوقة بدرجة تقارب التشخيصات في تخصصات الطب الأخرى). ومع هذا، فهذا يُذكِّرنا بأن الطب النفسي يظل كسائر فروع الطب الأخرى (بالرغم من تمنياتنا) فنّاً وعلماً، ويستفيد من كلا نوعي العلوم: الاجتماعية والطبيعية.

مجال الطب النفسي؛ الذُهانات والعُصابات

و مشكلات الشخصية

يتعامل الطب النفسي مع نطاق واسع من المشكلات. وتدعى الاضطرابات الأكثر جسامة عادة ذُهانات «وظيفية» (أو غير عضوية)، وتشمل الفُصام والاكتئاب الهوسي (يطلق عليه حالياً اضطراب المزاج ثنائي القطب). والتمييز بين ما هو عضوي وما هو غير عضوي أمرٌ غائم نوعاً ما إلا أنه يظل مفيداً. وبالرغم من أننا نزداد قناعة بأن هناك تغيرات عضوية (عادة في الدماغ) تكمن وراء العديد من هذه العلل، فإن وصف «عضوي» مخصص لتلك الذهانات التي تنشأ من مرض آخر، عادة ما يكون مرضاً واضحاً، مثل إصابة الرأس، أو الخرف، أو العدوى الشديدة. أما الذهانات الوظيفية فهي الحالات التي كان يطلق عليها قديماً مصطلح «الجنون». وفيها تضطرب «وظيفة» الدماغ، لا بنيته. وهي تصيب بالمجمل نحو 3 % من السكان في مرحلة ما من حياتهم. لذا فمع أنها ليست شائعة جداً إلا أنها ليست نادرة كذلك؛ فتلميذ واحد تقريباً من كل فصل دراسي متوسط في المدارس الثانوية سيعاني من مرض ذُهاني خلال فترة حياته البالغة.

تتمثل الخاصية البارزة للذهان في فقدان البصيرة فيما يتعلق بمنشأ الخبرات الغريبة الراهنة. يفقد المريض القدرة على «اختبار الواقع» لتفحُّص أفكاره ومشاعره المخيفة أو المكتئبة إزاء ما يحدث حقيقةً. لا يستطيع أن يفكر: «ألوم نفسي على كل شيء وغير قادر على المضي قُدماً لأني مكتئب». بل يفكر: «أشعر هكذا عقاباً على ما اقترفته، وليس هناك من أمل». وربما ينكر بشدة أنه مريض ويرفض محاولات من حوله لتصحيح هذه التفسيرات المغلوطة. وتطلق عبارة فقدان البصيرة على تركيز المريض بكليته على خبراته الداخلية وانعدام قدرته على اكتشاف أنها ليست حقيقية بالرغم من وجود الدليل على عدم صحتها، على نحو فضفاض. ينكر المريض أنه مريض ولا يستطيع أن يدرك أن عائلته أو اختصاصي الصحة النفسية يريدون مساعدته. يمكن للذهانات أن تكون خبرات مرعبة، تُولد مستويات عالية من القلق والكرب. وقد شكل الاضطرابان الذُهانيان الجسيمان الطبَّ النفسي على نحو واسع، بحيث يستحقان الحديث عنهما بشيء من التفصيل.

الفُصام (الشيزوفرينيا)

يشكل الفُصام تصورنا المعتاد عن الأمراض النفسية الجسيمة، وهو لا يعني انفصال الشخصية؛ فحالة الدكتور جيكل والسيد هايد لم تكن فصاماً. وقد وضع طبيبٌ سويسري يدعى يوجين بلولر هذا المصطلحَ في عام 1911م، للتشديد على تفكك (انفصال) الوظيفة العقلية. ويصيب هذا الاضطراب أقل من واحد بالمئة بقليل من السكان حول العالم، وعادة ما يبدأ في مرحلة البلوغ المبكرة (في العشرينيات) بالرغم من أنه يمكن أن يظهر باكراً أو لاحقاً. ومع أنه يصيب الرجال والنساء بتساوٍ فإن الرجال يصابون به في وقت أبكر ويكون أشدّ لديهم. والخصائص البارزة له هي الهلاوس، والأوهام ، والتفكير المضطرب، والانسحاب الاجتماعي، وإهمال الذات. وتركز نظرية حديثة عن الفصام على أنه اضطراب «البروز»؛ أي عدم القدرة على تمييز الصورة من الخلفية، ولذا يحدث الفشل في التفريق بين الدوافع الداخلية والحوادث الخارجية.

الهلاوس هي «تجارب حسية من دون وجود مثيرات خارجية لها»، والنوع الأكثر شيوعاً بكثير منها هو الهلاوس السمعية؛ سماع أصوات تتكلم مع المريض أو تتكلم عنه. أما رؤية أشياء فليس أمراً نادراً (عادةً ما تكون غير مكتملة ولا دائمة مثل الهلاوس السمعية). ويصف العديد من المرضى أحاسيس جسمية غريبة في أبدانهم. والهلاوس ليست ببساطة تخيلاً لأفكارنا كأصوات داخل الرأس؛ فمعظمنا يفعل هذا، ولكننا نشعر بها كأحداث خارجية بكامل خصائصها، والمريض مستيقظ، وفي وضح النهار؛ لا تمتلك خاصية «كأن» ويعتقد المريض أنها حقيقية تماماً.

أما الأوهام فهي «أفكار خاطئة ثابتة راسخة غير متماشية مع ثقافة المجتمع الذي يعيش فيه المريض ولا مع خبراته». يتطلب تحديد ما إذا كانت فكرة ما وهماً أم لا إلى فهمِ السياق الذي تحدث فيه أكثر مما هو الحال مع الهلاوس. والأمر اللافت بالنسبة للأوهام هو الشدةُ التي يتمسك بها المريض بهذه الأفكار ومدى حصانتها إزاء الحجة المضادة أو البرهان الداحض لها؛ إذ لا يكون لدى المريض أدنى شك مهما كان في صدقها أو أهميتها.

إننا نعيش في مجتمع متعدد الثقافات باستمرار، وربما يكون صعباً تحديد ما إذا كانت فكرة ما غريبة حقاً بالنسبة لفرد ما بعينه. فمثلاً، وصفتْ مريضتان مختلفتان جداً لي اعتقادهما أن هناك

مجالات قوة خفية متشابكة تدخل غرفتيْ المعيشة في بيتيهما وهما تحسان بها بجلاء. كانت الأولى امرأة شابة مشغولة بخطوط لي[1] وثقافة الدرويد[2] ومذاهب الصوفية الشرقية: لا يوجد مرض هنا. أما الثانية فكانت ناظرة مدرسة متقاعدة مقتنعة أن مجالات القوة كانت كهربائية تصدر من جيرانها وتمثل محاولة للتأثير عليها جنسياً. هذا وهم كلاسيكي في حالات الفصام المتأخر دفع المريضة أن تكشف عن الأسلاك الكهربائية في بيتها في محاولة للوصول إلى مصدرها. والأوهام الشائعة في الفُصام هي الأوهام الاضطهادية (البارانويدية) ويختلف مصدر الأوهام باختلاف الأزمنة والأمكنة (مثل: الشرطة، الاشتراكيون، الشيطان، الماسونيون الأحرار).

وعادة ما يعتبر اضطراب التفكير بالتحديد عرضاً مميزاً للفصام. يختلف الفصام عن الأمراض النفسية الأخرى في أن محتوى الأفكار ليس وحده الغريب عادةً (ليس مستغرباً أخذاً بالاعتبار تأثير الهلاوس و الأوهام) بل يمكن أن يعتل كذلك شكلها النحوي والمنطقي. ومع اضطراب التفكير الشديد يستحيل في بعض الأحيان فهم ما يعنيه المريض، مع أنه يمكن فهم كل كلمة منفردة. وفي أسوأ الحالات يتعذر استيعاب حديث المريض تماماً لتضمنه كلمات مخترعة وجملاً مختلطة. والغالب مع هذا أن تبدو الجمل منطقية لكنها لا توصل إلى قصد ما أو لا يمكن تذكرها أو فهمها.

من الواضح أنك يجب أن تكون حريصاً قبل أن تُشخِّص اضطراب التفكير وتظن أن المريض أذكى منك أو أكثر معرفة (وهما أمران محتملان دائماً). ومع هذا، فعادةً ما يخبرنا المرضى المتعافون أنهم لا يكونون في هذه الأوقات قادرين تماماً على التحكم في أفكارهم؛ فربما شعروا أن الأفكار تُقحَم مباشرةً في عقولهم، أو تُسحَب منها، أو أصبحوا مدركين فجأةً لروابط جديدة بين الأشياء كُشِفتْ لهم خصيصاً.إن هذا الإحساس بمعانٍ جديدة خاصة نادر الحدوث في الاضطرابات النفسية الأخرى، ويمكن أن يؤدي إلى استعمال الكلمات بطرق مختلفة أو غامضة. فالمريض الذي أصبح يدرك أن اللون الأخضر «يعني الحميمية» (لا يدل على الحميمية وليس مرتبطاً بها، بل «يعنيها») شكَّل جُملاً استعمل فيها اللون الأخضر بهذه الطريقة واثقاً تماماً أننا أيضاً نفهمها مثله.

ربما يكون الانسحاب وإهمال الذات من ضمن الخصائص الأكثر إزعاجاً وإعاقة في الفُصام. اعتقد بلولر، الذي كان أول من استخدم المصطلح في عام 1911م أن الانسحاب من الالتزامات مع الآخرين خاصيةً محورية في الفُصام، واستخدم مصطلح «التوحد» للدلالة عليها. ومع أن بلولر ابتكر مصطلح الفُصام فإنه لم يكن أول من وصف خصائصه؛ كريبلن فعل ذلك في عام 1896م لكنه أسماه «الخرف المُبكِّر» بناء على الانسحاب والتدهور التدريجيين معتقداً أنهما يحدثان دائماً. عدَّ كلا هذين الباحثين الرائدين أن ما نسميه حالياً «الأعراض الموجبة» للفصام (الهلاوس، و الأوهام ، واضطراب التفكير) هي أعراض ثانوية لعملية الانسحاب والانكفاء الأساسية باتجاه الداخل التي تُسمى حاليّاً «أعراضاً سالبة».

أصبحنا منذ تطوّرِ الأدوية المضادة للذهان (التي تستهدف هذه الأعراض الموجبة) نميل لرؤية الأمر بطريقة عكسية؛ أن الأعراض السالبة نتاجٌ للأعراض الموجبة. فبعد كل نوبة حادة لا يتحسن المرضى تماماً، بل يصبحون أقل مشاركة بقليل وأقل اهتماماً بأنفسهم والعالم من حولهم. مع هذا،

يعود الاهتمام مجدداً إلى الأعراض السالبة، لأسباب ليس بأقلها أن علاجاتنا أقل فعالية في التأثير عليها.

كان كريبلن شديد التشاؤم فيما يتعلق بالفُصام واعتقد أن لا أحد من المرضى المصابين به يتحسن فعلياً بشكل تام، لكن بلولر كان أكثر تفاؤلاً ويميل التفكير الحديث إلى رأيه. فالفُصام اعتلال متذبذب تحدث فيه نوبات متعددة لمعظم المرضى. ربما يتعافى نحو الربع تقريباً بشكل جيد، وتصيبهم نوبة واحدة أو نوبتان فقط. إلا أن أكثر المرضى يصابون عادةً بنوبات متعددة ويأخذون وقتاً أطول للتحسن بعد كل نوبة ونادراً ما يعودون إلى طبيعتهم الأولى مئة بالمئة. ويكون لنسبة قليلة من المرضى في الحقيقة مآلٌ سيىء للغاية ويقضون معظم حياتهم البالغة وهم غير قادرين على العيش باستقلالية. جعلتْ العلاجات الحديثة للفصام؛ خصوصاً الأدوية المضادة للذهان، معظم المرضى يدخلون المستشفيات لأسابيع أو أشهر قليلة حين تنتكس حالاتهم، وليس لسنوات كما كانت الحال في مستشفيات ما قبل الحرب. ولم يعد مشكوكاً بعدُ في أن الوراثة تلعب دوراً إلا أنها أبعد من أن تكون عامل الخطورة الوحيد (انظر الفصل الخامس). ويبدو أن هناك انخفاضاً ضئيلاً في معدل حدوث الفُصام على مدى القرن المنصرم بالرغم مما يظهر من أن الاستعمال الذي نشهده حديثاً للقنّبيّات شديدة الفعالية (الظربان) لا يُخفي الانتكاسات فحسب بل ويشارك في ابتدائها.

الاضطراب الاكتئابي الهوسي (ثنائي القطب)

يدين تصنيف الأمراض النفسية المعاصر بنشأة فكرته لتمييز كريبلن بين الفُصام والاضطراب الاكتئابي الهوسي. وقد أعيدت تسمية هذا المرض بالاضطراب ثنائي القطب، وهو ما سنستخدمه من الآن فصاعداً. كانت المستشفيات في زمن كريبلن تستقبل كل من يُرسَل إليها؛ كان بعضهم يتحسن لكنّ أغلبهم لا يتحسنون. لم يكن هناك اهتمام كبير بالتشخيص إلا ما كان ربما من تفريق بين من لديه إعاقة تعلُّميّة والمصروع والذُهاني. لاحظ كريبلن أن مجموعة من المرضى الذهانيين تنتابهم فترات من الاختلالات الجسيمة المنفصلة؛ فأحياناً يكونون مهتاجين وأحياناً منسحبين ومكتئبين. وكان أكثر ما ميّزهم عن مرضى الفُصام أنهم يتعافون جيداً بين هذه النوبات ويخرج كثيرٌ منهم في النهاية من المستشفى. كان مسار المرض هو الذي شد انتباه كريبلن وليس أعراضه (انظر الفصل الثاني).

الاضطراب ثنائي القطب هو المصطلح المقبول حالياً لكنه تشخيص أوسع بكثير من الاكتئاب الهوسي. يمكن لمرضى الاكتئاب الهوسي أن يعانوا من كل الأعراض التي تحدث في الفُصام (الهلاوس، الأوهام، اضطراب التفكير، إلخ) بالرغم من أنها لا تحدث إلا في الأشكال الأشد من الهوس والاكتئاب. ومع هذا، تُرافَق هذه الأعراض دائماً باضطراب في المزاج؛ إما اكتئاب أو انتشاء. يُسمَّى هذا الانتشاء هوساً (ويضعف غالباً ليصبح هوساً خفيفاً). يعاني المريض في مرحلة الاكتئاب من اكتئاب شديد وربما يغدو انتحارياً. أما في مرحلة الانتشاء فيكون المريض مفرط النشاط وممتلئاً بالثقة والطاقة. وقد يكون المرضى بالهوس مُؤذين لأنفسهم؛ ينفقون أموالاً ليست لهم ويتصرفون باستهتار (يسرفون في شرب الكحول، ويكونون مهتاجين جنسيّاً، ويغضبون

بسرعة، ويقودون بسرعة فائقة، إلخ). وتعكس الأعراض الذُهانية، حين تحدث، مزاج المريض السائد؛ فإذا كان المريض مكتئباً تكون الهلاوس ناقدة واضطهادية، أما إذا كان منتشياً فتكون الهلاوس مادحة ومُشجِّعة. وتدور الأوهام الاكتئابية عادةً حول اقتراف الذنب وانعدام القيمة، بينما تدور الأوهام الانتشائية حول العظمة والتعالي: «سيطلب مني أن أسدي النصيحة للرئيس حول السياسة الخارجية»، «رسوماتي تساوي الملايين».

يمكن أن يكون المريض في الأشكال الخفيفة من الهوس مُسلِّياً جداً، وعادةً ما يكون سريع الكلام (التهور في الكلام)، ومتلاعباً بالألفاظ، ويربط بين الأفكار بروابط فكاهية (عدم الترابط بين الأفكار). عانى العديد من الفنانين والمسلّين الهزليين من ثنائيي القطب، واعترفوا أنهم يُلهَمون حين «يَنتَشون». ويكون أحياناً من الصعب التثبت من التشخيص في بعض الأشكال الخفيفة جداً من الهوس الخفيف لأنها تفتقد عادةً إلى «غرابة» نوبة الهوس، لكن الاعتلال الرئيس يحدث في الحكم على الأمور؛ فكلنا نتمنى لو كنا أغنى ونأمل أن تكون رسوماتنا أجمل، لكننا أكثر حصافة من هذا. وغالباً ما يتطلب التشخيص مقابلة الأصدقاء وأعضاء العائلة للتثبت من أن المريض ليس على طبيعته الأصلية.

أحضرتْ أمٌ قلقة مرةً ابنتها المغناج نوعاً ما التي تعمل مقدمة برامج تلفزيونية إلى العيادة، ولم تكن تفاصيل القصة بحد ذاتها مميَّزة؛ احتوت على علاقات حب متقدة نوعاً ما مع زملاء عمل، واستخدام عقاقير ترفيهية في أندية ليلية، وبعض الوقاحة مع رئيسها، وتغيّباً عن العمل. هناك العديد من الأشخاص المبدعين الذين يمارسون حياتهم بهذا الشكل. ما كان مُحدِّداً جداً هو وصف أمها أن ابنتها في طبيعتها الاعتيادية امرأة يقظة الضمير بإفراط وبالأحرى قلقة وأن سلوكها الحالي ليس من طبيعتها تماماً؛ لقد تنبهت أمها للأمر لأن زوجها الراحل كان يعاني من ثنائي القطب.

يصيب الاكتئاب الهوسي، مثله مثل الفُصام، أقل من 1 بالمئة بقليل من السكان، مع أن اضطراب ثنائي القطب شُخِّصَ في أكثر من 3 بالمئة. ويُورَّث هو الآخر في العائلات، ويبدأ في حياة الراشد المبكرة (بالرغم من أنه يحدث عادة متأخراً عن الفصام) ويصاب به الرجال والنساء على حد سواء تقريباً. وبالرغم من أن نوبات الانتشاء أكثر درامية فإن نوبات الاكتئاب أكثر تكراراً ودواماً. ولا يمكن تمييز مرحلة الاكتئاب في ثنائي القطب بسهولة عن اضطراب الاكتئاب الأكثر شيوعاً.

علاج الاضطرابات الذُهانية

ليس هذا كتاباً للتحدث بتفصيل عن علاجات فردية. تتطور العلاجات في الطب النفسي، كما في سائر الفروع الأخرى للطب، بسرعة كبيرة بحيث إنَّ أي وصف لها هنا سيغدو قديماً بعد فترة قصيرة.

طُوِّرَتْ مجموعة من الأدوية منذ خمسينيات القرن العشرين («مضادات الذُهان» مثل: كلوربرومازين، هالوبيريدول، ريسبريدون، كلوزابين، أولانزابين) وهي فعالة في تهدئة المرضى في أثناء فترات الذُهان الحادة. تهدئ هذه الأدوية العقل من غير أن تُنوِّم المريض كما كانت تفعل الأدوية المخدرة الأسبق لها. أحدثت مضادات الذُهان ثورة في علاج نوبات الذهان الحادة بحيث أصبحت أهدأ وأقصر في المستشفى. ويقلل الاستمرار على مضادات الذهان بعد التعافي من التعرض لانتكاسات مستقبلية، ويشجع معظم الأطباء النفسيين مرضى الفُصام بالبقاء عليها عدة سنوات (علاج الصيانة). وهذا بالطبع ليس أمراً سهلاً، فكل الأدوية لها أعراض جانبية، ولا يرغب أحدٌ أن يستمر في أخذها إلى ما لا نهاية. ولكن مع الدعم، ينجح العديد من المرضى في الاستمرار عليها ولذا يتعرضون لانتكاسات أقل بكثير.

يمكن علاج نوبات الاكتئاب في مرضى ثنائي القطب إما باستعمال مضادات الاكتئاب، أو في الحالات الشديدة، بالعلاج بالتخليج الكهربائي المثير للجدل دائماً، وسوف نتعرض لأنواع العلاج هذه في الفصلين الثاني والثالث. يوجد أيضاً الآن عددٌ من الأدوية «مُثبِّتة للمزاج» مثل الليثيوم وصوديوم فالبوريت التي تستعمل في علاج الصيانة لثنائي القطب، وتقلل كثيراً من خطر الانتكاسات. والأدوية ليست العلاجات الوحيدة المتوافرة لعلاج الاضطرابات الذهانية بالتأكيد (انظر الفصل الثالث) لكنها حالياً العلاجات الرئيسة.

العلاج القسري

يمكن لفقدان البصيرة أن يشكل مخاطر على المريض الذهاني؛ فهو في محاولة الهرب أو الدفاع عن نفسه ضد تهديد أو اضطهاد متخيلين، قد يؤذي نفسه أو الآخرين. وبسبب فقدان البصيرة هذا والمخاطر خلال فترات الذهان الحادة، يتفرد الطب النفسي في الحقل الطبي في أنه بإمكانه أن يتجاوز حق المريض في رفض العلاج. سنناقش هذا بمزيد من التفصيل في الفصلين الثاني والسادس. إن السماح ببعض العلاج القسري في خدمات الرعاية النفسية شائع، ويحظى بقبول كبير. ومع هذا، فالشروط اللازمة لاستعماله (من يفرضه، وما إن كان محصوراً فقط في المستشفيات، وما إن كان يلزم وجود خطورة وشيكة لإيذاء جسدي، إلخ) تختلف بشكل هائل من دولة إلى أخرى.

تطوَّر الاحتجاز القسري للمرضى بأمراض نفسية جسيمة قبل أن تُوجد أيّ علاجات فعّالة. نبع هذا من إدراك أن المرض النفسي ليس ببساطة انحرافاً («مجنون» لا «سيئ»). تتغير طبيعة الفرد السوية في الأمراض النفسية وقد ترجع إليه مجدداً. ويخدم احتجاز المريض حمايته في أثناء مرور المرض وحتى تعافيه. ولسوء الحظ، لا يتحسن الجميع، لكنّ عدداً كافياً منهم يتحسن ما يؤيد النزعة الإنسانية وراء الاحتجاز.

الاكتئاب والاضطرابات العُصابية

لا تتضمن كل الاضطرابات النفسية انفصالاً عن الواقع كالذي يحدث في الذُهانات. وفي الحقيقة، لا يعاني أغلبية المرضى الذين يعاينهم الطبيب النفسي من ذُهانات بل من اضطرابات أخف وطأةً. وتتصف معظم هذه الاضطرابات بوجود مستويات عالية من الاكتئاب والقلق. وقد درج قديماً أن تُدرج هذه الاضطرابات تحت عنوان «الاضطرابات العصابية»، لكنّ هذا المصطلح لم يَعدْ مستساغاً في الطب النفسي. ومع هذا، فهو مصطلح مفيد بالرغم من التباسه، ويفهمه معظم الناس، ولذا يُستخدم هنا. تسبب الاضطرابات العصابية الكرب والمعاناة للمصابين بها، لكن ذلك قد لا يكون واضحاً للآخرين. وتتفاوت كثيراً في شدتها. ويستطيع معظم المرضى أن يعيشوا حياةً طبيعية (يتزوجون ويعملون) وهم يتصدّون لها، لكنّ بعضها قد يكون معيقاً مثله مثل الذُهانات.

الاكتئاب

الاكتئاب هو الاضطراب النفسي الأكثر شيوعاً؛ يصيب نحو 15 بالمئة منا على مدى حياتنا. وقد صنّفته منظمة الصحة العالمية في المرتبة الثانية بعد أمراض القلب في تسبيب الإعاقة في حياتنا حول العالم. ويبدو أنه يصبح أكثر شيوعاً (خصوصاً في العالم المتقدم) مع أن بعضاً من هذا ربما يعود إلى تطور التشخيص، وزيادة الوعي العام به، والرغبة الأكبر في طلب المساعدة. ولحسن الحظ، فمع توافر مضادات الاكتئاب وتطور علاجات نفسية أكثر فعالية (مثل: العلاج المعرفي السلوكي) فإنه يتحسن عادةً بسرعة معقولة. يتعافى أكثر من ثلثي المرضى مع العلاج في ظرف ستة أشهر، ومع الاكتئاب الأخف يتعافى الثلث في هذا الوقت من غير علاج. شُكِّكَ حديثاً في فعالية مضادات الاكتئاب لكنّ الأدلة تشير إلى أنها تنفع جميع المرضى إلا في حالة الاكتئاب الأخف، وأنها تضاعف من معدل الشفاء. يُعالَج معظمَ مرضى الاكتئاب من قبل طبيب العائلة وتُحوَّل الحالات الأشد فقط إلى أطباء نفسيين. ونسبة من المرضى المكتئبين يشخّصون في نهاية المطاف بثنائي القطب، لكننا نركز هنا على المجموعة « غير الذُهانية».

يتمثل الاكتئاب عادةً في كونه إحساساً عارماً بالتعاسة، وفقدان الأمل، وشكاً بالذات ونقداً لها غالباً. والتوتر والقلق شائعان كثيراً، ويضطرب النوم، ويقل وزن المرضى، ويجدون أنفسهم غير قادرين على التركيز كما ينبغي أو التأقلم مع الأمور العادية في الحياة. ويشيع معهم البكاء والأفكار الانتحارية، وتتكرر لديهم الآلام والأوجاع والمخاوف على صحتهم. وفي الحالات الأشد، يصف المرضى أنهم «يشعرون بلا شيء» (الشعور بالبرود وعدم السعادة والفتور وعدم القدرة على الاستمتاع بأي شيء) بدلاً من الحزن. وربما يتعاطى المرضى كذلك الكحول والمخدرات كنوع من العلاج الذاتي، والذي دائماً ما يجعل الأمور أسوأ. ويختلف الاكتئاب عن فترات الحزن الطبيعية لدينا حيث إنه يتقدم ويتقدم من غير تحسن، ويرافقه نقصان الوزن وقلة النوم.

يصيب الاكتئاب النساء أكثر بثلاث مرات مما يصيب الرجال. ويكون بعض الأشخاص أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب إما لبنيتهم النفسية أو لمزاجهم، لكن من الواضح أنه يتأثر بظروف

الحياة. وهو أكثر شيوعاً عند الفقراء، والعاطلين عن العمل، الذين يعشيون وحيدين، والذين لديهم أصدقاء قليلون، والذين لديهم أمراض عضوية مؤلمة أو مُعيقة. ويكون أولئك الذين فقدوا أمهاتهم في سن مبكرة أو الذين عانوا من طفولة صعبة أو مسيئة أكثرَ عرضةً للاكتئاب حين يصبحون راشدين. ومن المحتمل كثيراً كذلك أن ينتج الاكتئاب عقب المشكلات الشخصية المستعصية (انفصال علاقة، رسوب في امتحان، فقدان وظيفة، إلخ).

تتطلب مساعدة الناس المصابين بالاكتئاب غالباً أكثر من مضادات الاكتئاب (مع أن هذه شديدة الفعالية)؛ فتقديم الاستشارة، والمساعدة في رؤية الطريق قُدماً، والعلاج النفسي المخصّص، والشبكة الاجتماعية الداعمة، مطلوبة جميعها. وقد أدى فهم الاكتئاب بشكل أفضل إلى التعرف على مدى أهمية الشبكات الاجتماعية والصداقات للناس؛ فهذه ليست إضافات نافلة، وقليل منا يمكنه العيش من دونها. ويتضمن توفير مثل هذه الشبكات للأمهات اليافعات المعزولات وأطفالهن في برامج، مثل هيدستارت في الولايات المتحدة وشورستارت في المملكة المتحدة، استراتيجيات للوقاية من الاكتئاب.

يصاب معظمنا بفترات من الاكتئاب في حياتنا، ويتجاوزها معظمنا بتلقائية وبسرعة معقولة. في الحقيقة، يمكن التفكير بالاكتئاب على أنه شأن بشري مفيد وضروري؛ فترة يمكننا فيها تجاوز الحالة الصعبة والاعتراف بها بشكل مناسب، والمضي قُدماً. وفي مثل هذه الأوقات، قد نحتاج إلى أن ننسحب قليلاً إلى ذواتنا. ويعد بعض المحللين النفسيين القدرة على الاكتئاب خطوةً أساسيةً باتجاه النضج الشخصي. والأشخاص الذين يبدون محصنين ضد الحزن أو الاكتئاب يشعروننا أنهم غريبون حتماً. قضى الأطباء النفسيون سنوات في محاولة وضع تمييز واضح بين «الاكتئاب السريري» و«الاكتئاب الطبيعي»، وصراحةً فقد باؤوا بالفشل، إذ يكمن الاختلاف في الدرجة أكثر مما في الجينات أو نمط الأعراض. فإذا استمر الاكتئاب طويلاً أو كانت أعراضه غير محتملة فإنه يحتاج إلى علاج، أما إذا تحسّن بنفسه بعد أسابيع قليلة فحينها نأخذه على أنه تباين طبيعي في المزاج.

القلق

القلق خوف عام، وقد عانينا منه جميعاً. وهو يخدم غرضاً مفيداً؛ فدرجة من القلق ضرورية لإبقائنا متيقّظين ومساعدتنا على أن ننجز (يدفعنا الخوف من الفشل إلى الاستعداد للامتحانات). وتشير الدراسات إلى أن الأداء يتحسن مع ازدياد القلق إلى نقطة معينة، ثم يبدأ بعدها بالتدهور. ومن المحتمل أن تكون اضطرابات القلق شائعة مثلها مثل الاكتئاب لكن عدداً أقل من المصابين بها يلجؤون لطلب المساعدة بشأنها. ويكون الأشخاص الذين يعانون من «اضطراب القلق العام» مفرطي القلق دائماً. يعاني معظمنا من مستويات مشابهة من القلق من وقت إلى آخر، لكنه في هذه

الاضطرابات لا يهدأ. واضطراب القلق العام منهكٌ ولا يتمكن المصابون به من النوم أو التركيز وغالباً ما يفقدون وزناً. ويؤدي القلق المستمر إلى الاكتئاب.

أما اضطرابات الرُهاب فهي أكثر وضوحاً، وعادةً ما يلاحظها الآخرون بسهولة. والرهاب ببساطة خوفٌ مبالغ فيه. وقد عانى معظمنا من رهاب في حياته، وما يسمى بـ «الرُهاب البسيط» يبدأ في الطفولة ويستمر طوال الحياة، ورهاب الحيوانات مثالٌ أنموذجي له (العناكب، الفئران، الأفاعي). أنا شخصياً أعاني من رهاب المرتفعات؛ فلا يمكنني أن أصعد الأبراج أو أن اقترب من حواف المنحدرات. يتعايش معظم الناس مع رهاباتهم البسيطة ما لم تشكل عقبات كأداء (مثل: رهاب الطيران عند شخص تتطلب وظيفته سفراً كثيراً، ورهاب الحُقَن عند امرأة حامل تحتاج إلى فحوصات دم). تستجيب الرهابات البسيطة بشكل لافت للعلاج السلوكي باستعمال «التعرّض المتدرج». وهذا يعني أن تتبعَ خطةً محددة سلفاً تزيد من تعرضكَ مع مراقبة قلقك (مثال: تبدأ بحمل صورة لعنكبوت، ثم تحمل واحدة صغيرة ميتة، ثم واحدة كبيرة ميتة، ثم واحدة حية في زجاجة، ثم واحدة حية طليقة، ثم رتيلاء وهي نوع من العناكب الكبيرة).

لا تصل معظم الرهابات البسيطة إلى الطبيب النفسي بل يصل إليه إما رهاب الخلاء أو الرهاب الاجتماعي. يبدأ هذان النوعان في فترة الرشد، وتتفاوت شدتهما مع الضغوطات، ويمكن أن يكونا شديدي الإعاقة. ورهاب الخلاء (غالباً ما يندرج هذه الأيام تحت اضطراب الهلع) ليس خوفاً من الأماكن المفتوحة كما يظن الكثيرون، بل خوفٌ من الحشود والأماكن المزدحمة. والتسمية الإنجليزية (agoraphobia) مشتقة من الكلمة الإغريقية (agora) وتعني مكان السوق، وليس من الكلمة اللاتينية (ager) التي تعني الحقل. يصيب رهاب الخلاء النساء أكثر بكثير من الرجال، ويُصاحَب بنوبات هلع، وغالباً ما يؤدي إلى المكوث داخل البيت وتجنب الحشود. وهذا «التجنب» هو ما يجعل الاضطراب يستمر. ونوبات الهلع فظيعة (تسارع دقات القلب، تعرّق، جفاف الفم، الاعتقاد أن المرء سيغمى عليه أو سيبلل نفسه أو حتى سيموت). وليس من المستغرب أن يهرب الأشخاص من هذا الوضع بأسرع ما يمكنهم. والمثير للشفقة أنهم لو جلسوا لأدركوا سريعاً أن نوبة الهلع قصيرة جداً (مسألة دقائق وليس ساعات) وتتلاشى بنفسها. ومع هذا، حين نهرب ويتوقف الهلع نعتقد أن الهرب هو الذي أوقفه، ولا نتعلم أنه يتلاشى على أيّ حال. وتبدأ ذكرى نوبة الهلع الأخيرة في إقلاقنا حين نهم بالدخول في الوضعية نفسها مجدداً، ويزيد هذا «الخوف من الخوف» إمكانية حدوث نوبة أخرى.

يتضمّن العلاج السلوكي تعليم الشخص كيف يتحمل نوبة الهلع وبالتالي يشعر بانخفاضها، مع أن العلاج أعقد عموماً منه في الرهابات البسيطة. أما الرُهاب الاجتماعي فهو قلق مبالغ فيه عند مقابلة أناس جديدين. وهناك بعض الجدل الواقعي حول ما إن كان هذا تشخيصاً حقيقيّاً أم أنه مجرد خجل شديد، وتحديداً ما إن كان يجب علاجه بالأدوية (الفصل السادس). وتكمن المشكلة في الرهاب الاجتماعي عادةً في التجنب وليس في الهلع، ويتضمن العلاج تعلم تقنيات جديدة للتعامل مع الأوضاع الاجتماعية.

اضطراب الوسواس القهري

عانى معظمنا من السلوك الوسواسي حين كنا أطفالاً؛ والأكثر شيوعاً منه تجنب الشقوق التي على الرصيف. والرياضيون والممثلون سيئو السمعة فيما يتعلق بطقوسهم؛ لاعب التنس الذي يجب أن يضرب الكرة ثلاث مرات قبل أن يرسل ضربة الاستهلال، والمغنية الرئيسة التي لا تستطيع أن تغني إن لم يحتوِ زيها شيئاً أخضر اللون. تتشابه هذه السلوكات الخرافية كثيراً مع اضطراب الوسواس القهري؛ إذ يتوجب على المريض أن يُكرِّر أفعالاً أو أفكاراً (الأغلب غسل اليدين أو طقوس العدّ) عدداً محدداً من المرات أو بنسق معين حتى يزيل القلق. في الشكل الوسواسي (حيث لا توجد طقوسٌ خارجية عادةً) يظهر الاعتلال على هيئة أفكار متكررة غالباً ما تدور حول عواقب وخيمة (تدنّس بالأوساخ أو الميكروبات، أو خوف من الصياح بكلمات مُهرطِقة أو نابية). وتكمن السمات الأساسية لاضطراب الوسواس القهري في أن الأفكار أو الأفعال تتكرر وتُقاوَم وأنها غريبة (تبدو كما لو أنها تُفرَض على المريض). إنها ليست معتقداً خرافياً أو تقليعة لا ضرر منها، فقد تسيطر وتُفسد الحياة؛ فالمنظفون الوسواسيون، على سبيل المثال، ينتهي بهم الحال مجهدين، لأنهم لا ينتهون أبداً من التنظيف الدائب والمتكرر، ومجترّو الأفكار الوسواسية لا يمكنهم أن يحافظوا على وظائفهم لأنهم مشتتو الانتباه بتكرار أفكارهم أو العدّ، وربما ينهكون شركاءَهم بحاجتهم المستمرة إلى طمأنة مخاوفهم.

يميل اضطراب الوسواس القهري إلى الارتباط بسماتٍ شخصيةٍ محددة: الأشخاص المنظمون والأنيقون وأصحاب الضمير الحي. يدرك معظمنا الخصائص الوسواسية في أنفسنا لكن الاضطراب الكامل يبدو شديد الغرابة. وفي الحقيقة غالباً ما يبطئ المصابون به في طلب المساعدة لأن الأعراض تبدو غريبة وغير قابلة للإدراك؛ يخجلون منها. وقد تعرّض اضطراب الوسواس القهري للتفسير السيكولوجي المُغَالى فيه (الفصل الرابع) وحديثاً فقط طُوِّرتْ له علاجاتٌ فعّالة (العلاج السلوكي، ومضادات الاكتئاب في الحالات الأخف).

الاضطرابات الهستيرية

لم يعد مصطلح الهستيريا مستساغاً. وغالباً ما أسيء استعماله باستخفاف ليعني فرط الانفعال (عادةً عند النساء): «أوه، لا تكوني هستيرية كثيراً!». وكان يُعتَقد بدايةً أن الاضطرابات الهستيرية محصورة بالنساء (كلمة hystera الإغريقية تعني الرحم). أدّت الهستيريا مع هذا دوراً مهماً في تطور الطب النفسي، وخصوصاً في التحليل النفسي (الفصل الرابع).

غالباً ما تكون الاضطرابات الهستيرية أعراضاً جسدية أو عصبية لافتة لا يمكن الوصول إلى سبب عضوي لها. في الاضطرابات «التحويلية»، يُعبَّر عن القلق أو الصراع الداخلي بأنه (تَحوَّل إلى) ألم أو إعاقة. والعرضان الأكثر درامية منها هما الشلل والعمى؛ يُصِرُّ المرضى على أنهم لا يستطيعون أن يروا أو لا يمكنهم تحريك أطرافهم، مع أن كل الفحوصات تشير إلى أنهم يستطيعون فعل ذلك «حقيقةً». أما في الاضطرابات «الانفصالية» فيتعامل المرضى مع صراعاتهم الداخلية

بالإصرار على أنهم لا يعانون من بعض جوانب وظائفهم العقلية. وفي الحالات الأشد تطرّفاً قد يُصِرّ الفرد على أنه يمتلك شخصيات متعددة وأنه غير مسؤول عما تفعله «الشخصيات» الأخرى. تكمن واحدة من الخصائص المدهشة للاضطرابات الهستيرية في أن المريض يبدو راضياً نسبياً بما يبدو في نظر الآخرين حالةً مخيفةً جداً. سمى شاركوه (Charcot) طبيب الأعصاب الفرنسي اللامع من القرن التاسع عشر هذا الرضى بـ «اللامبالاة الحسنة».

إن آليات التحويل والانفصال شائعة جداً (وغالباً مفيدة جداً حين تكون مؤقتة) في أوقات الكرب الشديد؛ فالجنود في الحرب غالباً ما يتقدمون بهدوء ظاهري تحت وابل النار لكنهم لاحقاً لا يكون لديهم ذكريات حول ما حدث. وانتاب معظمنا صداع شديد أو شعر بتوعك من غير سبب محدد فقط لندرك بعدها أنها كانت طريقة لتجنب شيء ما لم نستطع مواجهته. وربما نشك في بعض الحالات فيما إن كانت الآلية لاواعية تماماً، كما هو الحال حين تستخدم في الدفاع القانوني (مثل: الأتمتة في محاكمات القتل).

تقل الهستيريا شيوعاً عند الراشدين في المجتمعات الأكثر «تطوّراً نفسيّاً». أصيب جنود الحرب العالمية الأولى، الذين لم يعترفوا برعبهم، بصدمة القذيفة (ارتجاف شديد في اليدين و«عصبية») التي كانت هستيرية بلا شك. كانوا حقيقةً غير مدركين (غير واعين) أن الخوف من المعركة هو الذي سبب أعراضهم. ومع حلول الحرب العالمية الثانية كان معروفاً على نحو واسع أن الجنود يمكن أن يُرعَبوا في المعركة، ولكن الذين لم يستطيعوا التأقلم لم يصابوا بصدمة القذيفة بل بـ «إجهاد المعركة»؛ شعروا بالرعب ولم يستطيعوا أداء مهامهم لكنهم أدركوا ما كان بهم ولجؤوا إلى المساعدة. لم يكن عليهم أن ينكروا خوفهم ويحوّلوه إلى أعراض «مقبولة» مثل الرجفة أو الشلل. وبينما أصبحت الأعراض التحويلية حالياً نادرةً نسبياً في أجنحة الطب النفسي فإنها لا تزال شائعة في الطب العام حيث يستخدم مصطلح «الجَسْدَنَة» (somatization)الأقل وصماً للتعبير عن الأعراض غير معروفة السبب أو التي يُتوقَّع بقوة أن تتضمن جزءاً عاطفيّاً مهمّاً. يرتكز العلاج في التعرف على الضغوطات ومساعدة المريض على إيجاد طرق أخرى للتعامل معها أو العلاج المعرفي السلوكي، وأحياناً على مضادات الاكتئاب إن وُجد اضطرابٌ مسبب لها.

اضطرابات الشخصية

لكل منا شخصية. وحتى حين نقول إن أحدهم «بلا شخصية»، فإننا نعني أن شخصيته متبلدة. والشخصية هي مجموعة الخصائص التي تميز أحدنا عن الآخر، وهي عموماً الكيفية التي نفكر بها بداية عن الأشخاص أو التي نصفهم بها. والأطباء النفسيون يهتمون لا محالة بالشخصية. أولاً، لأن عليهم أن يميزوا بين المرض والشخصية (هل يعاني هذا الشخص من اكتئاب أم أنه دائم العبوس والتشاؤم؟). إلا أنهم لاحظوا سريعاً أن هناك أنواعاً محددة للشخصية ترتبط بالاضطرابات التي يعالجونها، ولهذا السبب استخدموا لها المصطلحات نفسها أو شبيهة بها. فالشخصية السكيزويدية بالأحرى منعزلةٌ وغريبة، والشخصية البارنويدية مفرطة الحساسية وعرضة للارتياب. والشخصية الهستيرية عرضة للانفعالات المتقلبة، وبحاجة إلى علاقات شغوفة وأن تكون مركز الاهتمام، بينما

تكون الشخصية الوسواسية حريصة وغير مرنة. والشخصية السيكوباتية (أعيدَ تسميتها سوشيوباتية المعتلة اجتماعياً) ليست منحرفة فحسب بل تتسم بغياب التعاطف والندم، ويختلفون عن المجرمين العاديين في أن السجون تواجه صعوبة كبيرة في التعامل معهم.

إن دور الطبيب النفسي في علاج تطرفات الشخصية، «اضطرابات الشخصية» دورٌ جدليٌّ (الفصل السادس)، ويشك معظم الأطباء النفسيين في امتلاكنا علاجات مفيدة. ومع هذا فالشخصية تؤثر في كل شيء له علاقة بنا، لذا فإن علاج أي اضطراب نفسي يتطلب انتباهاً مناسباً لشخصية المريض. وتفرض المجتمعات المختلفة مشكلات للشخصيات المختلفة، وتصنيف اضطرابات الشخصية متغيّر. ومن اللافت للنظر الاختلاف في توزع اضطرابيْ الشخصية الأكثر شيوعاً بين الجنسين، فلدى النساء حالياً احتمال أكبر أن يُشخَّصن باضطراب الشخصية «الحَدِّيَّة» (انفعالات حادة متذبذبة، علاقات اعتمادية متوترة، إيذاء النفس وتقدير متدنٍ للذات؛ يشبه نوعاً ما المصطلح القديم: اضطراب الشخصية الهستيرية)، بينما يكون لدى الرجال احتمال أكبر أن يُشخَّصوا باضطراب الشخصية «المعادية للمجتمع» (عنف، انحراف، اندفاعية؛ يشبه كثيراً اضطراب الشخصية «السيكوباتية»). ليس من الصعب إدراك أن يكون هذان الاضطرابان تجليين لشعور الاغتراب والاحباط نفسه ولكن يعبر عنهما بطريقتين مختلفتين بسبب القولبة المختلفة التي تفرضها مجتمعاتنا على سلوك الرجال والنساء.

الإدمانات

لا يزال الدور الذي يجب على الطب النفسي أن يقوم به في علاج سوء استعمال الكحول والمخدرات غامضاً؛ فمعظم الذين يُسيئون استعمالها ليسوا مرضى نفسيين. ومع هذا، فهناك عدد من الأسباب الوجيهة التي تدفع الطب النفسي للتدخل؛ فالأشخاص الذين يعانون من مشكلات نفسية معرضون بشكل أكبر بكثير لأن يتعاطوا الكحول والمخدرات، ربما لتخدير ألمهم (خصوصاً في الاكتئاب واضطرابات الشخصية). كما أن تعاطي الكحول والمخدرات يُصعِّب علاجَ الأمراض النفسية كثيراً، وغالباً ما يستحيل التعافي التام من الاكتئاب حين يُفرَط في الشراب، ويجد مرضى الفُصام الشباب الذين يتعاطون المخدرات صعوبة في التعاون مع علاجهم واكتساب تحكم بمرضهم.

يمكن للإدمان كذلك أن يُسبِّب الأمراض العقلية؛ فالتعاطي الشديد للكحول يمكن أن يؤدي إلى الذُهانات الاضطهادية، والهذاء الرعاشي، والاكتئاب، والخرف في النهاية. ويرتبط الأمفيتامين والكوكاين باضطرابات بارنويدية عالية الشدة يمكن أن تؤدي إلى العنف، والاستجابة الذهانية الحادة شائعة عند من يستخدم عقارات الهلوسة والنشوة. إضافة إلى ذلك، يمكن للفقر والفوضى الاجتماعية المرتبطة بتعاطي المخدرات أن تؤدي إلى الاكتئاب واليأس. ولذا فالطب النفسي يتدخل في علاج سوء استعمال الكحول والمخدرات. ومع هذا يمكن الجدل حول ما إن كان يجب على الطبيب النفسي قيادة العلاج أم أن يكون ببساطة واحداً من المشاركين في تقديم العون، وكذلك الجدل حول فائدة تصنيف الإدمانات تحت الأمراض النفسية؟

الانتحار

الانتحار حدث مأساوي لكنه ليس نادر الحدوث في الطب النفسي. ونحو ربع الذين يقدمون على الانتحار يكونون على تواصل مع أطباء نفسيين، وفي المملكة المتحدة فإن ثلثيهم يكونون قد استشاروا طبيبهم العام في الشهر السابق لانتحارهم (40 بالمئة في الأسبوع الأخير).
والاضطرابان النفسيان المرتبطان بخطورة وشيكة أعلى للانتحار هما إدمان الكحول والاكتئاب، بالرغم من أن هناك إدراكاً متزايداً لخطر الانتحار طويل المدى في الاضطرابات الذهانية وفي القَهَم (فقدان الشهية). وبالرغم من أن محاولات الانتحار أكثر شيوعاً عند الأشخاص اليافعين والنساء، إلا أن إكمال الانتحار أعلى بثلاثة أضعاف عند الرجال ويزداد بثبات عام مع تقدم العمر.
وبسبب الكرب والوصمة المرتبطة بالانتحار (محاولة الانتحار كانت جريمة يُعاقَب عليها في عدة مجتمعات، وكانت مُحرَّمة قانونياً في المملكة المتحدة حتى ستينيات القرن العشرين) فقد اقترح أن الانتحارات كلها تقريباً سببها مرض نفسي.

ساعد كتاب الانتحار الذي نشر في عام 1897م لعالم الاجتماع الفرنسي دوركايم في النظر إلى قضية الانتحار بشكل مختلف جذريّاً حيث ركّز على التفاوت في معدلات الانتحار بين الكاثوليك والبروتستانت، وأوضح دور الانعزال الاجتماعي. اعتقد دوركايم أن الكاثوليكية تحمي من الانتحار، وتفصح تقارير الانتحار في البلدان الكاثوليكية عن معدلات أقل فعلاً، ولكن هذا ربما يعكس الإحجام عن الاعتراف بسبب الموت.

هناك تباين كبير في معدلات الانتحار بين الدول المختلفة، والأرقام غير موثوقة إلى حد كبير. وعلى عكس الخرافة الشائعة، فلم تسجل السويد أبداً المعدل الأعلى للانتحار في أوروبا بل سجلته دول وسط أوروبا وشرقها، مثل هنغاريا، وبولندا وروسيا. ولا يُعزى الاختلاف كله لإجراءات الإفصاح، إذ يبقى الترتيب الدولي نفسه لدى المهاجرين إلى الولايات المتحدة الأمريكية من هذه الدول المختلفة.

يمكن القول أنَّ الانتحار ليس شأناً متعلقاً بالطب النفسي في أساسه لكن التدخل النفسي ساعد على خفض المعدلات. ليس هناك علاج مخصص «مضاد للانتحار» لكن تطوير إجراءات مضادة للانتحار وتحسين القدرة في التعرف على الأمراض النفسية وعلاجها كان لها آثار إيجابية. وليس هناك صحة في الحكايات الشائعة من أن الذين يتكلمون عن الانتحار لا يقدمون على فعله (ويشهد على ذلك أن نحو 40 بالمئة من المنتحرين يستشيرون طبيبهم العام في الشهر السابق لانتحارهم).
أدى تدريب الأطباء العامين في جزيرة سويدية على الاستفسارِ النشط عن الاكتئاب والتفكير الانتحاري ومن ثم علاج المكتئبين إلى نقصان ملحوظ في معدل الانتحار.

هناك أيضاً فترات خطورة معروفة (مثل: بعد الخروج من المستشفى النفسي) يمكن فيها للدعم الإضافي أن يحدث فرقاً. إن اندفاعة الانتحار ليست ثابتة؛ فهي تظهر وتختفي. ونتيجة لذلك فجعل الانتحار أصعب يقلل من الخطورة حقاً؛ فقد قلَّل تصغير حجم علبة العقاقير المهدئة للألم شديدة

الخطورة كثيراً من الموت في المملكة المتحدة كما قلله أيضاً استبدال غاز الفحم السام بغاز بحر الشمال الآمن. والبرامج التي حدَّت من الوصول إلى المبيدات الحشرية القاتلة كانت ناجحة في تقليص تفشي الانتحار عند الفلاحين المدينين الفقراء في الهند. وحتى تشبيك الجسور ساعدَ أيضاً عن طريق تأخير الاستجابة لنزعات الانتحار، ما يمنحها الوقت للتلاشي. وأكَّدت خطوط المساعدة الهاتفية المنتشرة حول العالم، مثل السامريين الذين يبدون تعاطفاً، الحاجةَ إلى التعبير عن المكنونات وإلى صنع التواصل البشري.

ومع أن القرن المنصرم شهد تراجعاً عاماً في معدل الانتحار (بانخفاضين حادين ملحوظين في أثناء الحربين العالميتين) فلا يزال هناك باعث مستمر للقلق وارتفاع ثابت للانتحارات عالمياً عند الشباب، تعزى غالباً إلى «أزمة رجولة» وإلى البطالة. ولا تزال المعدلات مرتفعة بصورة مقلقة في بعض المجموعات ذات الخطورة العالية (المزارعين الصغار، شابات جنوب آسيا). يُعزى بعض ذلك إلى سهولة الوصول إلى وسائل الانتحار الفتاكة (المبيدات الحشرية والبنادق بالنسبة للمزارعين، والاستخدام المتزايد لغاز عوادم السيارات) وربما يعود بعض آخر منه إلى ضعف الروابط العائلية، والإحساس بالعجز، إضافة إلى انتشار سوء استعمال المخدرات والكحول.

وقد يكون العامل الأخطر تغيُّرُ مواقف المجتمع تُجاه الانتحار. فمع أنه لا يزال صادماً حد اليأس للعائلة فإنه لا يجلب العار. في الحقيقة يؤخذ الانتحار على أنه مجرد خيار آخر متاح للأفراد الذين يعانون من أمراض خطيرة ومؤلمة (مجموعة ذات خطورة عالية دائماً) أو الذين يشعرون أن حياتهم استنفدت أغراضها. أجازت سويسرا ودول البنيلَكس وبعض الولايات الأمريكية قانونياً الانتحارَ المُساعَد في مثل هذه الحالات، بالرغم من أن القانون يستثني عموماً المصابين بأمراض نفسية إلا أن هذا لم يعد هو الحال في هولندا وبلجيكا. ومع ازدياد الاعتراف بالوصايا القائمة وإذا اتسع انتشار جواز الانتحار المُساعَد (وسيحدث ذلك بلا شك)، فإن الانتحار ربما يؤخذ على أنه شأن أخلاقي وقيمي يتعلق بالاستقلالية الشخصية وليس مشكلةً طبية نفسية. وفي هذه الحالة يصبح أكثر أهمية بالذات أن يُمنع الانتحار الناتج بسبب الأمراض النفسية قدر الإمكان للمحافظة على مثل هذه الاستقلالية الحق.

لماذا يعد الطب النفسي نشاطاً طبيّاً؟

لا يتفق الجميع على أن خدمات الصحة النفسية (بمن فيهم العديد من مقدمي هذه الخدمات أنفسهم) يجب أن تدار بواسطة أطباء نفسيين. فهل هي «خدمات صحة نفسية» أم «خدمات طبية نفسية»؟ يركز معظم هذا الجدل على «الأنموذج الطبي» الذي يؤخذ عليه أنه شديد ضيق الأفق وعظيم التأثير (الفصل الثالث). يمكن لعلم النفس والرعاية الاجتماعية كليهما أن يبرزا حججاً قوية تؤكد قدرتهما على تولي القيادة، ويشدد التمريض الصحي النفسي غالباً على استقلاليته. ويتضح مما ذكرناه حتى الآن أن الممارسة الجيدة تتطلب رؤية أوسع من الأنموذج الطبي وحده. وإذاً كيف أصبح الطب النفسي مسيطراً إلى هذه الدرجة؟

ينبع السبب الأول من التداخل بين الأمراض النفسية والعضوية، فكل الأمراض النفسية تقريباً يمكن أن تتشابه مع أمراض عضوية، والفشل في التفريق بينها قد يحمل خطورة كبيرة. يمكن لاضطرابات الغدة الدرقية أن تظهر على شكل اكتئاب أو حالة قلق، ويمكن أن يظهر نقص فيتامين ب النياسين على شكل خرف، وقد يُخطأ في تشخيص الوهن العضلي ومرض التصلب المتعدد المبكر على أنهما اضطرابات هستيرية، والقائمة طويلة. غير أن هذا سبب ضعيف للغاية؛ فمعظم المرضى يُحوَّلون إلى خدمات الصحة النفسية عبر طبيب العائلة الذي يتوجب عليه أن يكتشف مثل هذه الأمراض العضوية. وحين لا يحدث هذا يتضح سريعاً أن المريض «ليس مثل الآخرين المكتئبين»، وحينها يُطلب بسهولة رأي الطبيب الباطني أو طبيب الأعصاب. وربما كان هذا سبباً أكثر إقناعاً حين كان المرضى النفسيون معزولين في مستشفيات نفسية كبيرة لكنه ليس سبباً وجيهاً في القرن الحادي والعشرين.

يُعزى السبب الثاني إلى أن الكثير من العلاجات النفسية الناجحة كانت قد طُوِّرت باستخدام مقاربات طبية، وبما أن كثيراً من هذه عبارة عن أدوية، فلا بد من طبيب لتولي العلاج. والجزء الثاني من هذا السبب ليس مقنعاً جداً؛ فالأطباء النفسيون يذهبون إلى عدة مؤسسات مثل دور التمريض ومدارس المصابين بالتوحد، ويصفون الأدوية، من غير أن يكونوا هم المسؤولين.ومع هذا هناك حجةٌ بأن «الأنموذج الطبي» كان شديد النجاح، وأقصد بـالأنموذج الطبي المقاربة التي رغم اعتمادها الكبير على النظريات العلمية فإنها في أساسها نفعية؛ إذا نجح الأمر فاستمرَّ فيه وإذا لم ينجح فتوقفْ عنه، وإذا لم تكن واثقاً فقمْ بتجربة دقيقة لتعرف. فهذا الالتزام بجمع الأدلة، وهذه المقاربة المهيكلة الصارمة لتقويم قوة الأدلة، هي في صميم العمل الطبي حالياً؛ إذ يعد تطور الطب المستند إلى الدليل إحدى الأدوات الأنجح في القرن العشرين في تحسين النتائج وإزالة العلاجات الفاشلة والبالية.

وربما تكون استقلالية الطب النفسي العامة عن التأطير النظري، ومقارباته العلمية الواسعة مع التزامه بالطب المستند إلى الدليل، الأسباب الأهم في مطالبته بإدارة هذا المجال. هناك أيضاً ما يتضمنه الطب من رعاية أبوية حميدة وقبولٍ بتحمل المسؤولية، والتي يُرحَّب بها غالباً بشكل خصوصي رغم شجبها علناً.

استشارة طبيب نفسي

ماذا يحدث إذا حوَّلكَ طبيبك العام إلى طبيب نفسي؟ تختلف الممارسة لكنها تتبع نمطاً عاماً متوقعاً. ستكون هناك بالتأكيد مقابلة؛ تتكون معظم الاستشارات بأكملها من محادثات من غير فحص عضوي أو فحوص دم، وتستغرق عادةً بين 30 إلى 60 دقيقة. ومن المرجح كما ذكرنا سابقاً أن تكون طبيبةً نفسية. تشكل النساء في الوقت الراهن أكثر من 50 بالمئة من الأطباء النفسيين في معظم الدول، وترتفع هذه النسبة بوتيرة متسارعة. وفي عدة خدمات نفسية حديثة قد يذهب التحويل مباشرةً إلى معالج نفسي أو ممرضة أو اختصاصي اجتماعي، لكننا سنركز هنا على التقويم النفسي.

أول شيء من المرجح أن يفعله الطبيب النفسي أن يطلب منك أن تخبره بكلماتك الخاصة ما الذي يجري معك، وما الذي يزعجك، وما المشكلة في رأيك. ومع أن الطبيب العام سيكون قد لخص هذا في رسالة التحويل، فإن معظمنا يحب أن يسمعه منك مباشرةً ليخلص إلى صورة واضحة.ومن هنا فصاعداً من المرجح أن يوجه الطبيب النفسي الحوار ليحصل على صورة أشمل عنك وعن حياتك (تاريخك). سيكتشف معلومات عن نشأتك وعائلتك، وعادة ما سيسأل أسئلة دقيقة عن أمراض العائلة (خصوصاً النفسية منها). وبعدها سيسألك عن صحتك؛ العضوية والنفسية، عبر مراحل حياتك، وعن استعمال المخدرات والكحول (خصوصاً بالنسبة للشباب)، لأن لهذه تأثيراً كبيراً على المشكلات النفسية. ومن المرجح أن يسأل أسئلة أكثر تفصيلاً عن المناطق المتعلقة بمشكلتك الخاصة (العلاقات المهمة، ضغوطات العمل، إلخ). وبعكس الخرافة الشائعة لن يستقصي تفاصيل حياتك الجنسية!

وبعد أن يُدون التاريخ المرضي يجري الطبيب النفسي ما يُسمَّى «فحص الحالة النفسية»، وهو تقويم تفصيلي لأعراضك؛ الهواجس والمزاج والنوم وما يشغل بالك، وعادةً ما تُجرى هذه أيضاً عن طريق المحاورة، بالرغم من أنه قد يسألك أحياناً أسئلة مُقنَّنة إلى حد كبير وربما أجرى لك فحوصات بسيطة للذاكرة. وعادة ما تكون هذه مختزلة وسهلة؛ فهي ليست مثل إجراء فحص الذكاء.

بعد أخذ التاريخ المرضي وإجراء فحص الحالة النفسية سيكون الطبيب النفسي قد وصل إلى فكرة عن ماهية المشكلة (غالباً ما تُدعى «التشخيص»). تحتوي هذه الصياغة عادةً على تشخيص وأشياء أخرى، مثل أفكار حول الصعوبات الحالية والضغوطات التي أبرزت المشكلة. وسيناقش هذه الأمور معك ليعرف رأيك ثم يتحدث عن الخيارات المختلفة التي يظنها مناسبة، وقد تتضمن هذه نطاقاً من العلاجات (الكلام أو الأدوية) أو نادراً الإدخال إلى المستشفى. ومن المدهش غالباً أن يكون كل المطلوب النصحَ والطمأنة. تحتاج ربع التحويلات إلى الأطباء النفسيين في المملكة المتحدة تقريباً إلى استشارة لمرة واحدة فقط وتنتهي بتقديم نصيحة للمريض أو لطبيبه العام.

ولأن الكثير من المشكلات النفسية تؤثر على أفراد العائلة فغالباً ما يرغب الطبيب النفسي في التحدث إليهم، ليحصل على فهم أوضح لما يجري وكذلك ليشرح لهم العلاجات المقترحة (ربما يكونون قلقين للغاية) وكيف يمكنهم أن يساعدوا. وبالطبع يكون للمرضى البالغين الحق في السرية التامة، وقد يكون من المفيد مناقشة المشكلات بشكل أوسع.

إن الطبيب النفسي لن يقرأ عقلك أو يسألك أسئلة مراوغة. قد تبدو الأسئلة أحياناً وكأنها مراوغة لأن الطبيب النفسي يظهر كما لو أنه يعرف أكثر مما تخبره به. ليس هناك شيء سحري حول هذا، فهو يحدث لأنه عادةً ما يكون قد سمع قصصاً مشابهة من قبل وسيفهم ما يجري معك. وبعد كل شيء هذه وظيفته؛ أن يعرف كيف يُشعَر بالقلق والاكتئاب ويعرف كيف يتأقلم معظم الناس مع مثل هذه الصعوبات في حياتهم. يجد الكثيرون هذا مُطمئِناً في حد ذاته؛ أن مشكلاتهم ليست فريدة، وأن الآخرين عانوا من صعوبات مشابهة وتمكنوا من التخلص منها. لا يسعى الأطباء النفسيون لـ «تصيدك» بالأسئلة المراوغة، بل يرغبون بمعرفة ما الذي تمر به لينصحوك كيف تتعامل معه. وما لن يحصل أيضاً هو إدخالك فجأةً إلى المستشفى ضد رغبتك؛ ليست هناك تشخيصات نفسية

تستلزم إدخالاً إجبارياً مباشراً، يحدث ذلك فقط إن كانت هناك أدلة عارمة على خطورة حقيقية وعادة ما يتحدد بعد نقاش مستفيض معك وبإشراك كبير لعائلتك وطبيبك العام.

وبعد أن يجري التقويم ويناقش العلاج معك ربما يعطيك موعداً آخر إما لتقابله أو تقابل عضواً آخر في فريق العلاج (مثل: ممرض أو اختصاصي نفسي) أو يقول بدلاً عن ذلك إنك لا تحتاج للعودة إليه مجدداً. وأيّاً كان ما سيحدث فإنه سيكتب إلى طبيبك العام ليعلمه بنتيجة الاستشارة.

لقد أصبحنا الآن نعرف شيئاً يسيراً عن نطاق الطب النفسي؛ كيف يتلاءم مع المقاربات الأخرى لفهم العقل، ما نوع الاضطرابات أو الأمراض التي يعالجها، والمقاربات العلاجية الكبرى. ربما تكون الآن نادماً لأنك ابتدأت القراءة؛ فهناك الكثير من الغموض والتناقض. ألا يمكن أن يكون الأمر أبسط من هذا؟ حسناً، ربما لا. ولو كان لنا أن نخترع الطب النفسي من الصفر فقد يكون مختلفاً. ومع هذا، فقد تطوَّرَ ما نعرفه شيئاً فشيئاً خلال القرنين المنصرمين، إنه نتاجٌ لقوى ضخمة متنافسة وتطورات تاريخية مهمة، وهو يتعرض للنقد في الوقت الراهن بالتقدم اللافت لعلوم الأعصاب. لذا استمرَّ في القراءة، وفي النهاية سيتكون لديك بعض الفهم: عليك أن تتذكر أنك لم تُوعد أبداً باليقين.

الفصل الثاني
المصحات النفسية وأصول الطب النفسي

يعتبر تاريخ الطب النفسي قصيراً جداً، فهو بالكاد يبلغ 200 سنة. كان المضطربون نفسياً معروفين دائماً، وتوافرت لهم بعض الترتيبات المؤقتة حين كانت تتعذر العناية بهم داخل الأسرة: بيوت لرعاية المجانين ومنتجعات للأغنياء، وبيوت عمل للفقراء. احتوت مراكز عمل الفقراء على كلِ شخص لم يستطع أن يعتني بنفسه: ضعاف العقول، والمرضى، والعاجزين عن العمل، والعاطلين. كانت الظروف في هذه البيوت سيئة (بشكل متعمد لتقليل العبء على الخزانة العامة)، وكان المرضى النفسيون يعانون كثيراً من الأحيان بسبب النزلاء الآخرين الذين لم يتسامحوا معهم أو استغلوهم. أما بيوت المجانين الخاصة فلم تكن أفضل حالاً، فلم يتطلب امتلاكها أو إدارتها أي تدريب، ويبدو أن هدفها الرئيس كان إخفاء أفراد العائلات الغنية المجانين عن الأنظار؛ إما لحماية سمعة العائلة أو للاستيلاء على ثرواتهم. وقد ولَّدَت المعاملة القاسية للملك جورج الثالث المحبوب كراهيةً شديدة تجاه هذه البيوت في إنجلترا أواخر القرن الثامن عشر.

كان بيدلَم (Bedlam) أول بيت عام كبير للمجانين، وقد أُسِّسَ في 1247م ليكون ديراً، ويعود أول سجل يشير إليه كمأوى للمرضى النفسيين إلى 1377م، وأصبح بيت مجانين عاماً رسمياً في 1634م، ولا يزال موجوداً كمستشفى بيثلم رويال الذي تم تحديثه جذريّاً. كان عرض النزلاء للفُرجة بمثابة هواية شعبية شائعة في أوائل القرن الثامن عشر وقد ولدت اشمئزازاً في الأوساط المثقفة.

أنشأت فرنسا أوتيل ديو وهوبيتال جنيغال في 1651م و1656م، وعلى الرغم من اسميهما فإنهما لم يكونا مستشفيين بمفاهيمنا الحالية، بل مؤسستين عامتين لرعاية المعوزين، أقرب ما تكون إلى مراكز عمل للفقراء. أنشئت تولهويزر (منازل الحمقى) في أوروبا العصور الوسطى، وأنشئ أول

جناح للمجانين في الولايات المتحدة الأمريكية في مأوى عجزة ببوسطن في 1729م، وأول مستشفى للأمراض النفسية في الولايات المتحدة في وليامزبيرج بفرجينيا في 1773م.

ملاذ يورك

لم تأتِ فكرة فصل المرضى النفسيين وتوفير رعاية ملائمة لهم من الأطباء بل من المصلحين الاجتماعيين، وعكست اهتماماً مُستجَداً بكرامة الإنسان. وفي أيامنا هذه المهووسة بالمخاطر، من المدهش أن ندرك أن فكرة المصحات ظهرت لحماية الفرد المعتل من المجتمع وليس العكس. أزال بينال في باريس في عام 1792م بشكل درامي ورمزي السلاسلَ عن السجناء نزلاء بيستغ، أما في إنجلترا فقد أسس آل تيوك، وهم عائلة من الكويكر، أول مصحة في يورك. اقتنع آل تيوك بكتابات بينال وأسكويرول في أن توفير بيئة هادئة ومتناغمة وقريبة من الطبيعة وبها لطف ونمط عمل ثابت (العلاج الأخلاقي)، ستجلب الراحة للعقل المضطرب. بُنيَ ملاذ يورك ليؤوي 30 مريضاً؛ وافتتح في عام 1796م وحقق نتائج ملحوظة؛ فالعديد من أوائل المرضى غادروه إلى منازلهم بصحة أفضل أو متعافين. جذب الملاذ اهتمام الناس من جميع أنحاء العالم، وجاءه زوار من الولايات المتحدة الأمريكية ومن كل أنحاء أوروبا لدراسته وبناء مؤسسات تشبهه. طوّرت المملكة المتحدة منذ البداية نظاماً ليبرالياً عارض استخدام القيود الميكانيكية مثل السلاسل والأحزمة (ناصرَ جون كونلي هذا التوجه لاحقاً بتزعمه «حركة إزالة القيود»).

حركة المصحات النفسية

بدأت حركة المصحات النفسية جديّاً في عشرينيات القرن التاسع عشر، وعلى مدى السبعين سنة التالية بُنِيَتْ مئات المصحات (الشكل 1). ومن الصعب اليوم تصور حجم الاستثمار الذي ضُخَّ في إنشائها، بمبانٍ ضخمة مجهزة جيداً يؤوي كل منها مئات المرضى. كانت الظروف المادية داخل هذه المصحات (المكان، التدفئة، الطعام، الأنشطة الترفيهية) أفضل بكثير مما يمكن لمعظم المرضى الحصول عليه في منازلهم. فرضتْ مبادئُ العلاج الأخلاقي أن تكون المصحات واسعة، وبعيدة عن المدن المزدحمة، وأن تُنشَأ في الأرياف على أراضٍ واسعة. اختيرت لها مواقع جيدة التهوية بسبب النظريات الشائعة حينها التي تقول إنَّ الضباب و«الأجواء العفنة» من أسباب الأمراض.

عُيِّن الأطباء مشرفين على المصحات في المقام الأول لسهولة مساءلتهم أمام المجالس الحاكمة. لم يكن هناك إلا عدد قليل من التدخلات الطبية الفعالة، وكان دور المشرف الطبي في الغالب إدارياً

وتأديبياً، ولم يكن (كان رجلاً دائماً) يمتلك القدرة على قبول المرضى أو إخراجهم، فقد احتفظ القضاة المحليون بهذه الصلاحية.

بدأت المصحات النفسية بالعمل جيداً، وغالباً ما استوعبت حالات حديثة؛ استعادت العديد منها عافيتها.



1. مصحة نارنترام للمجانين بجانب مستشفى فيينا

ولكنها سرعان ما ازدحمت بأولئك الذين لم يتعافوا. وخلال الجزء الأخير من القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين، انخفض معدل الشفاء في مستشفيات الأمراض النفسية بشكل ثابت جراء زيادة تركز هذه الحالات الشديدة. تلاشى التفاؤل بالعلاج تدريجياً وتفاقمت الأوضاع (رغم أنها كانت أفضل كثيراً مما في مراكز العمل).

استمر الاستثمار في المصحات خلال القرن التاسع عشر، وشكل 20 بالمئة من إيرادات المقاطعات في إنجلترا. وروَّج له في الولايات المتحدة الأمريكية المصلح الاجتماعي المؤثّر دوروثيا دكس والطبيب بنيامين رش، وفي إنجلترا المصلح الاجتماعي العظيم اللورد شافتسبري.
نمت المؤسسات الضئيلة في بداياتها بسرعة لتحتوي على مئات النزلاء في أوروبا، وعدة آلاف في الولايات المتحدة التي بدأتْ فيها برامج إنشاء المصحات متأخرة قليلاً واستمرت لفترة أطول.
وارتفع عدد المرضى في مستشفيات الأمراض العقلية في الولايات المتحدة بين 1903 و 1933م إلى أكثر من الضعف؛ من 143.000 إلى 366.000. وكان معظم هؤلاء في مؤسسات تضم كل

واحدة منها أكثر من 1.000 سرير، واستمرت مستشفيات الأمراض النفسية الأمريكية في التوسع. وكان أكبرها مستشفى بلجرم ستيت في نيويورك الذي ضمَّ أكثر من 13.000 مريض في 1955م (الشكل 2).



2. مستشفى بلجرام ستيت في نيويورك: أكبر مستشفى بني حتى عام 1955 ويتسع لـ 13000 مريض.

حركة إزالة القيود

تؤثر القيم الثقافية بقوة على رعاية المرضى النفسيين. ركزت حركة المصحات النفسية في بداياتها في المملكة المتحدة والولايات المتحدة الأمريكية على حقوق الإنسان، وقد شُدِّد في المملكة المتحدة على علاج المرضى بأقل قدر من التقييد الفيزيائي. أصبح جون كونلي، الطبيب المشرف في مصحة هانوِل، المؤيد الرئيس للتعامل مع المرضى النفسيين من دون استخدام السترات المُضيِّقة للحركة أو السلاسل، وشدَّد على أهمية الموظفين المدرَّبين تدريباً جيداً والهادئين، وعلى استخدم العزل للسماح للمرضى المتهيِّجين بالهدوء. علّق زائرٌ أمريكي لكونلي أن هذا النهج في التعامل مع المرضى النفسيين «لن يصلح أبداً في الوطن». استمر هذا النهج وأصبحت المملكة المتحدة أول بلد يدير بعض مستشفيات الأمراض النفسية بالكامل من دون أبواب مغلقة. كان مستشفى دنجلتون في اسكتلندا مستشفى «مفتوح الأبواب» تماماً بحلول عام 1948م؛ أي قبل ظهور الأدوية الفعّالة

(انظر الفصل الثالث). ولا يزال نهج المملكة المتحدة هذا في الإلغاء الكامل للقيود الميكانيكية المستخدمة للسيطرة على المرضى المهتاجين نادراً، ويظل الأمر مفتوحاً للتساؤل بالطبع فيما إن كان الاعتماد على العقاقير للسيطرة على المرضى أمراً حسناً دائماً.

الطب النفسي مهنةً

كان المشرفون الطبيون مسؤولين عن إدارة المصحات؛ لتوفير ما يكفي من الطعام، وقد أقالوا الموظفين السكارى، ومنعوا إساءة التعامل مع المرضى، واقترحوا إلى المجالس المحلية إخلاء سبيل المرضى المتعافين. وأصبح بعضٌ من أكثرهم قدرة (مثل كونلي) على درجة عالية من المهارة في إدارة الموظفين، وأخذوا دوراً رائداً كذلك في تصميم المصحات الجديدة. أنتجت حركة المصحات في بداياتها بعض الإنجازات المعمارية الرائعة لكنها لم تنتج إلا عدداً قليلاً نسبياً من العلاجات. لم يكن هناك تدريب خاص ليكون المرء طبيباً في مصحة؛ إذ كان على المرء أن يذهب إلى هناك فحسب ويعمل جنباً إلى جنب مع المشرف وإنْ كان محظوظاً كفايةً فقد ينتهي به المطاف إلى أن يحل محل المشرف، بيد أن هؤلاء كانوا في العموم رجالاً على قدر من الكياسة (كانوا جميعهم رجالاً) وشغوفين بالعلم. أسسوا في الأربعينيات من القرن التاسع عشر هيئات مهنية خاصة بهم في أنحاء أوروبا والولايات المتحدة الأمريكية؛ وأصبحت رابطة المشرفين الطبيين في المملكة المتحدة (1841م) لاحقاً الجمعية النفسية الطبية الملكية (1865م)، ثم الكلية الملكية للأطباء النفسيين (1971م).

ألمانيا: مكان ولادة الطب النفسي

شهد النصف الثاني من القرن التاسع عشر ازدهاراً فكرياً ملحوظاً في أوروبا الناطقة بالألمانية، وكانت مجموعة الدول التي كونت لاحقاً ألمانيا الحديثة تتنافس فيما بينها، وقد تميزت بمراكز محلية لحكوماتها احتوت على جامعات ومعاهد مرموقة. وبخلاف فرنسا حينها (حيث حدث كل شيء مهم في باريس) كانت هناك عدة مراكز ابتكار مرتبطة ثقافياً ولغوياً مع كونها مستقلة؛ في ميونيخ، وبرلين، وفيينا، وزيورخ. ومن هذه المراكز ظهر الآباء المؤسسون العظام للطب النفسي الحديث: جرزنجر، وموريل، وألزهايمر، وكربلين، وبلولر، وفرويد، ويونج. عُيِّن أول أستاذ جامعي ألماني في الطب النفسي في برلين (جرزنجر، 1864م)، وكان هناك خمسة أساتذة آخرون بحلول 1882م. قارن هذا بإنجلترا حيث عُيِّن أول أستاذ للطب النفسي في 1948م.

لم يعمل هؤلاء الأكاديميون بالمجمل في المستشفيات النفسية، ولم يكرّسوا وقتهم لعلاج جحافل المرضى القاطنين فيها والمصابين بالذُّهان والخرف. أجريت معظم البحوث في العيادات الجامعية

ورَكَّزَ معظمها على فحوص بدنية تفصيلية للجهاز العصبي في محاولة لفهم آليات «الارتكاس» التي كان يعتقد أنها سبب الأمراض العقلية.

انخرط ثلاثة من الشخصيات الأكثر تأثيراً في هذا الحقل المعرفي لأسباب شخصية. كان الوقوع في الحب السبب وراء انخراط كل من كريبلن وفرويد في هذا الميدان المعرفي، بينما كانت الشؤون العائلية وراء انخراط بلولر. كان لدى كل من فرويد وكريبلن وظائف بحثية ناجحة في أقسام جامعية (كان فرويد يدرس تشريح الجهاز العصبي لسمك الأنقليس)، لكن مهنة الباحث في تلك الأيام لم تكن تتلاءم مع الزواج وإنشاء عائلة (من حيث الدخل والوقت المصروف عليها)، وكان كل منهما قد التقى بالمرأة التي يريدها زوجة له، لذا لم يكن هناك من بديل سوى التخلي عن الوظيفة البحثية الواعدة والبحث عن وظيفة «حقيقية». لحسن الحظ فنحن نعرف أن كلاً منهما حظي بزواج طويل وسعيد. أما بلولر فقد ولد وترعرع بالقرب من زيوريخ ولم يرغب في الانتقال منها، وقد عانت أخته من الفُصام العقلي، وتوظف في مستشفى بورجهالتسي الذي تُعالَج فيه. صاغ هؤلاء الرجال الثلاثة الطبَ النفسي الحديث.

إميل كريبلن (1856-1926م)

انتقل كريبلن مع زوجته الجديدة في عام 1886م ليصبح طبيباً في مصحة في دوربات التي تقع الآن في إستونيا. كانت النخب المهنية هناك تتكلم الألمانية لكنه لم يستطع أن يفهم لغة مرضاه الإستونية، فقام بدراسة ملفاتهم ولاحظ تقلبات أمراضهم. مكَّنه هذا من التمييز بين الفُصام (الذي سمّاه «الخرف المُبكِّر») والاضطراب الاكتئابي الهوسي، فبالرغم من صعوبة التمييز بين هذين الاضطرابين في مراحلهما الحادة فإن اختلافات مهمة بينهما تظهر مع مرور الوقت؛ لا يتعافى مرضى الخرف المبكر إلا نادراً وقد لا يتعافون أبداً (هكذا اعتقد)، ويصبحون أكثر إعاقةً مع كل نوبة حادة. وبناءً على مسار المرضيْن أسَّس كريبلن تصنيفه الذي فرّق فيه بين الذُهانين الوظيفيين الرئيسيْن، والمعتمد حتى يومنا هذا.

تعد نظرة كريبلن للفصام حاليّاً نظرةً متشائمة؛ تضخم اختلافه عن اضطراب الهوس الاكتئابي. ومع ذلك، فتبيان أنه يمكن تصنيف الذُهان على وجه العموم كان خطوةً كبيرة للأمام، فالتمييز بين المجموعات المختلفة من المرضى يؤدي إلى التنبؤ بقدر من المعقولية بالنتائج (المآلات) ورسم صورة أوضح لكل مرض. وهذا حثَّ الأطباء النفسيين على البدء في تمييز الأمراض الأخرى (الخرف، السفلس الدماغي، التسممات). أعطى التشخيصُ الطبَّ النفسي سبباً لزيادة الاهتمام بعلل المرضى النفسيين بدلاً من مجرد إيوائهم، وقدّم أساساً لبعض التكهن المبدئي بمساراتها وتطوير علاجات لها. أعيدت طباعة كتاب كريبلن التدريسي المؤثر لعدة عقود.

يوجين بلولر (1857-1939م)

وضع بلولر مصطلح الفُصام العقلي (شيزوفرينيا) في عام 1911م، بعد سنوات عديدة من الدراسة المتأنية في مستشفى بورجهالتسي في زيوريخ. كان وضع بلولر مختلفاً جداً عن وضع كريبلن، فقد نشأ مستخدماً لغة مرضاه السويسرية ذاتها، وعاش في المستشفى الذي كانت أخته تعالج فيه من مرض الفُصام، وغالباً ما قضى أماسيه يتحدث إلى مرضاه. أراد أن يفهم عوالم مرضاه الداخلية ويضع تصوراً معقولاً لها بدلاً من نهج الملاحظة الذي انتهجه كريبلن ، ويستند تعريفه للفصام إلى تجارب المرضى. وقد مكنه هذا النهج من الوصول إلى تشخيص للفُصام حتى لو كان مآل المرض جيداً. وبالطبع كان هناك العديد من مرضى الفُصام بمآل سيئ ولكن بلولر أكّد أن بعض المرضى قد تعافوا.

اعتبر بلولر أن الاضطرابات الأولية في الفصام هي الانسحاب من العلاقات القريبة واضطرابات التفكير والمزاج، واعتقد أن الهلوسات و الأوهام ما هي إلا محاولات المريض لفهم هذه الاضطرابات الأولية. حدّد بلولر الفصام باستخدام أربع خصائص (تسمى بالإنجليزية الألِفات الأربع)، وهي: التوحد (الانسحاب)، والوجدان (اضطرابات المزاج)، والترابط (اضطراب الأفكار؛ ربط معانٍ مختلفة بالكلمات)، والازدواجية (نقص التوجّه والتحفيز). استُبدِل نهج بلولر هذا في السنوات الأخيرة بالتركيز على الأعراض «الموجبة» (الأوهام، الهلاوس، اضطراب التفكير) للسهولة الشديدة في التعرف عليها والتعرف على استجابتها للعلاج. كان نهج بلولر بالتأكيد أكثر إنسانية في التعامل مع المرض النفسي الأكثر جسامة، وقد منح معنى لتجارب مرضاه حتى أكثرهم تدهوراً.

سيغموند فرويد (1856-1939م)

اضطُرَّ فرويد مثله مثل كريبلن إلى التخلي عن مهنته المفضلة من أجل الزواج، وتوجه للبديل الوحيد المتاح لطبيب يهودي في ذلك الوقت؛ أي الممارسة الخاصة. كان فرويد قليل الخبرة بالمصحات النفسية وعمل على وجه الحصر تقريباً مع الاضطرابات العصابية، وقد اعترف دائماً بمحدودية منهجه فيما يتعلق بالأمراض النفسية الجسيمة. ومع ذلك، فإن قراءة متأنية للحالات التي كتب عنها تؤكد أنه عالج بعض الأفراد شديدي الاضطراب. قادته دراساته إلى اتجاه مختلف تماماً: تأسيس التحليل النفسي (الفصل الثالث). وكان ينظر لنفسه على أنه عالم يستكشف العقل أكثر من كونه طبيباً يعالج اختلال العقل، واعتقد دائماً أن العلاجات الفيزيائية (الأدوية) ستكون هي علاج الأمراض النفسية في نهاية المطاف.

قد نتوقع تنافساً أو جفاءً بين هذه المجموعة من الأطباء قبل أكثر من قرن، ولكن لا يبدو أن الحال كان على هذه الشاكلة. كانت تلك حقبة ما قبل الأدوية، فلم يكن متاحاً للأطباء العاملين في المصحات حتى بعد أن صنّفوا مرضاهم في مجموعات تشخيصية واسعة إلا أن يتحدثوا معهم. تطور العلاج الأخلاقي إلى نوع من العلاج النفسي المباشر والبسيط، واعتقد قلة فقط أن هذا النوع

قد يشفي من الأمراض، لكنّ دور الأطباء لم يكن مقصوراً أبداً على شفاء الأمراض، بل تعداه إلى التخفيف من المعاناة. وتشهد دوريات أطباء المصحات في تلك الحقبة على الوقت الذي كان يصرف في الحديث مع المرضى في محاولة لإراحتهم واستخدام الكلام المنطقي في تهدئتهم.

يتضح هذا بالنظر إلى جهد طبيب نفسي ألماني كبير آخر هو كارل جاسبرز (1883-1969م)؛ كتب جاسبرز تحفته في هايدلبرغ في سن الثلاثين: علم النفس المرضي العام (1913م). ولا يزال هذا الكتاب يطبع حتى يومنا هذا، ولا توجد كتب تفوقه مطلقاً في شرح العمليات العقلية التي تتضمنها الأمراض الذُهانية. كان جاسبرز في بداياته منسجماً جداً مع كتابات المحللين النفسيين، وميَّز بين منهجين مختلفين في بحوث الأمراض النفسية: المنهج الأول هو «الفهم»، أما الثاني فهو «الشرح». واعتبر كليهما مناسباً وضرورياً: «ما معنى ما يقوله المريض وما سببه؟». ولا يزال هذا التقسيم يُحدِث صراعاً في مجال الطب النفسي؛ لا سيما بين من يتّبعون المنحى النفسي ومن يتبعون المنحى البيولوجي. بيد أن جاسبرز فقد صبره أخيراً من منهج فرويد لأن الأخير كان يعتقد أنه يكفي أن نفهم لكي نشرح. والحق أن الطب النفسي في بداياته قدّر كلا المنهجين.

الأنموذج الطبي الأول

انتهت حقبة المصحات (الفصل الثالث) بحلول «الأنموذج الطبي الأول» في عشرينيات وثلاثينيات القرن العشرين، وتلقى الاهتمام بالطب النفسي دفعة للأمام خلال الحرب العالمية الأولى بسبب الحاجة إلى التعامل مع الجنود المصابين بصدمة المعركة. اكتشفت ثلاثة علاجات ثورية: علاج السفلس الدماغي بالملاريا في عشرينيات القرن العشرين، والعلاج بالتخليج الكهربائي وعلاج غيبوبة الإنسولين في ثلاثينياته. أحدثت هذه العلاجات تغييرات واسعة النطاق في التوجهات وأعادت التفاؤل؛ استُبدِلت كلمة «الحمقى» بـ «المرضى النفسيين»، و«المصحة» بـ «المستشفى النفسي»، و«التشخيص المؤكد» بـ «الإدخال القسري»، وأضحى الإدخال الطوعي شائعاً لأول مرة: لقد شكل هذا تغيراً جذريّاً في العقلية.

يوليوس فاجنر ياوريج (1857-1940م) وعلاج الملاريا

كان فاجنر ياوريج أول طبيب نفسي يمنح جائزة نوبل للطب، وقد منحت له عام 1917م لاختراعه علاج السفلس الدماغي بالملاريا (الذي كان يسمى حينها شلل المجنون العام). قبل اكتشاف العلاجات الفعالة لمرض السفلس، كان المرض يؤثر على الدماغ عند نسبة صغيرة من المرضى ويؤدي إلى عواقب كارثية. وعادة ما تستغرق إصابة الدماغ 20 سنة؛ ربما يصبح المريض خلالها رب أسرة مستقراً. في مطلع القرن العشرين كان المرضى المصابون بشلل المجنون العام يشكلون أكثر من 10 بالمئة من نزلاء المصحات الرجال ونحو 30 بالمئة من نزلاء المصحات الخاصة. وقد أوضحت مسرحية الأشباح لإبسن الرعبَ الذي يمثله هذا المرض لمجتمعات القرن التاسع

عشر. كان ظهور الأعراض النفسية دراميًا ومفاجئاً. عانق الفيلسوف نيتشه بلا سبب حصاناً في الطريق في تورين وفي غضون أيام احتُجِز في مستشفى للأمراض النفسية، حيث توفي بعدها بإحدى عشرة سنة. كان تدهور المرض مأساوياً ومذلاً، وارتبط غالباً بأوهام العظمة (لذا يُصوَّر المرضى به في الرسومات الكرتونية القديمة مقتنعين بأنهم نابليون)، وانتهى بالخرف.

تضمن علاج فاجنر ياوريج إصابة المريض بطفيلات الملاريا مع تقديم الرعاية التمريضية الجيدة له في أثناء ارتفاع درجة الحرارة. يميت ارتفاع الحرارة المتكرر جراثيم السفلس، ويمكن بعدها علاج الملاريا بعقار الكونين. كان هذا العلاج صعباً وخطيراً لكن لم يكن هناك أمل في علاج بديل، وقد قضى على شلل المجنون العام بفعالية من المستشفيات النفسية قبل وقت طويل من اكتشاف المضادات الحيوية الفعّالة. أعاد العلاج بالملاريا التفاؤل إلى المستشفيات النفسية وعزّز الثقة المهنية بالأطباء والممرضين الذين كان عليهم التعامل مع هذا العلاج الصعب لكن الفعال. وكان يتوجب كذلك علاج هؤلاء المرضى في المستشفيات العامة، وأصبح جليّاً أن المرضى المُدخلين قسراً للعلاج يتعاونون في الغالب؛ الأمر الذي حفَّز على إعادة تقويم الحاجة إلى القسر.

العلاج بالتخليج الكهربائي

لم يعد لعلاج الملاريا وغيبوبة الإنسولين (انظر الفصل السادس) إلا أهمية تاريخية، لكن العلاج بالتخليج الكهربائي لا يزال يستخدم على نطاق واسع. عرف الأطباء النفسيون أن نوبات الصرع غالباً ما تسبب تغيرات عميقة في المزاج، وكان يعتقد كذلك (خطأً) أن الصرع نادرٌ عند مرضى الفُصام، لذا ظهرت فكرة أن النوبات الصرعية ربما تحمي من الفُصام. تم تحفيز النوبات الصرعية في مرضى الفصام منذ عام 1935م بجعلهم يستنشقون الكافور أو بحقنهم بمادة كيميائية تسمى مترازول. كانت النتائج واعدة، إذ كان عدد من المرضى يتحسن، ولكن لسوء الحظ كانت العملية مزعجة جداً وتفضي إلى الهلع بعد الحقن بالمترازول، لذا رفض العديد من المرضى هذا العلاج.

جاء بعدها إيطالي يدعى أوغو تشرلتّي بفكرة استعمال تيار كهربائي ضعيف لإحداث النوبات الصرعية، واستعمل هذه الطريقة مع أول مرضاه في عام 1938م، وكانت النتائج مبهرة. بدأ العديد من الأطباء النفسيين باستعمال العلاج بالتخليج الكهربائي وكانت النتائج رائعة حقاً. وفي حين كانت تهدئ مرضى الفصام شديدي التهيج، فإن نتائجها الحاسمة كانت مع المرضى المكتئبين الذين استعاد كثير منهم عافيته. وإذا كان هذا يبدو لنا اليوم وحشياً بعض الشيء فعلينا أن نتذكر أن المرضى المكتئبين في ثلاثينيات القرن العشرين (حتى في المستشفيات النفسية عالية الجودة) عاشوا غالباً في المصحات لسنوات، وأن نحو خمسهم ماتوا هناك.

كان العلاج بالتخليج الكهربائي في بداياته يتم بلا تخدير، وكان يشكل تجربة مفزعة بحق، وعادةً ما يترتب عنه مضاعفات مثل الصداع وفقدان الذاكرة، وحتى الكسور الصغيرة لو كانت النوبات عنيفة. أما في السنوات الخمسين الأخيرة فإن المرضى يخدرون بمخدر قصير الأمد ويحقنون بمادة كيميائية تمنع تشنجات العضلات، ولذا لم يعد هناك نوبات مرئية ولا خطورة التعرض للكسور،

وما زال الصداع والنسيان مشكلتين قائمتين مع هذا العلاج لكن المرضى الآن لا يتذكرون التشنجات الفعلية.

إن اكتشاف العلاج بالتخليج الكهربائي واستدامة استخدامه أمرٌ نمطي في تطورات الطب النفسي، فالفكرة التي بدأته (أن الصرع يحمي من الإصابة بالفُصام) كانت خاطئة، لكن العلاج كان ناجعاً، أضف إلى أنه كان أنجع في علاج اضطراب مختلف! ونحن لا نعلم حتى الآن كيف يعمل هذا العلاج، لكنه نافع بالتأكيد، ولا يزال واحداً من العلاجات الأكثر فعالية في الطب النفسي، وواحداً من العلاجات التي يرغب بها معظم المرضى الذين جرّبوه (رغم سمعته العامة السيئة).

تشريعات الصحة النفسية

يعد الطب النفسي فريداً في المجال الطبي من حيث قدرته على إخضاع المريض للعلاج ضد رغباته المعلنة، لذلك أقرت معظم الدول تشريعات محددة تسمح بهذا وتراقب إجراءاته. وقد تأسست حركة المصحات النفسية بأسرها على مثل هذه التشريعات.

أُقِر التشريع الأول لتنظيم مصحات المجانين، وكل ما فعله هذا التشريع كان أنْ سجَّل النزلاء، ومع أنه لم يضع أيَّ معايير إلا أنه كان يجيز إغلاق مصحة مجانين معينة في حالة وجود إساءة استخدام صارخة. وكان الغرض من قانون المصحات عام 1808م وقانون الجنون عام 1845م ضمان توفير الرعاية للمرضى النفسيين الهشين ومنع استغلالهم. سمح القانون الأخير بـ «نقل المجنون المهتاج» إلى المصحات النفسية.

وعلى مدى نصف القرن التالي، تحول الاهتمام الشعبي من إهمال المرضى النفسيين المعوزين وإساءة معاملتهم إلى الفزع من حبس العقلاء بقصد سلب ثرواتهم. واكتسبت «جمعية أصدقاء المجانين المزعوم جنونهم» (برئاسة أدميرال من الأسطول الملكي) دعماً برلمانياً وشعبياً كبيراً في بريطانيا نهاية القرن التاسع عشر. وحشدت جورجينا ويلدون (امرأة غنية وجذابة ومتحمسة وذات صلات سياسية قوية) تجمعاً في دار أوبرا كوفنت جاردن في لندن عام 1883م لتحدي احتجازها الحديث في مصحة نفسية، وقد كسبت قضيتها في نهاية المطاف. انعكس الانزعاج الشعبي المتزايد على قانون الجنون لعام 1890م؛ أعطت هذه الوثيقة التشريعية، التي تكونت من مئات الصفحات و342 قسماً طويلاً، الأولوية لحماية حقوق المرضى إلى حد أن أصبح العلاج المبكر والطوعي مستحيلاً.

هكذا تتأرجح المواقف العامة فيما يتعلق بالصحة النفسية. تكافح كل الدول المتقدمة فعلياً لتحقيق التوازن بين الحقوق القانونية والاحتياجات العلاجية، وتحقيق التوازن بين احتياجات المجتمع

واحتياجات المريض. سنعود للحديث عن هذا الأمر في الفصل السادس، ولكن من المناسب أن نتذكر أن هذه المعضلات ليست جديدة.

تلكأت المصحات لمدة 50 إلى 60 سنة أخرى، وغرقت في التشريعات وتعرقلت، إلا فيما حدث من تقدم في العلاج في عشرينيات وثلاثينيات القرن العشرين. احتاج الأمر إلى ثلاثين سنة أخرى لتحدي هذه المؤسسات الدولية الرائعة أخيراً لتتحرك باتجاه نهاياتها، وهذا هو موضوع الفصل الثالث.

الفصل الثالث
الدمج في المجتمع

أصبح المرضى النفسيون حالياً، بعد عقود من اختفائهم من المشهد، أمام سمع العالم وبصره، ولا يمضي أسبوع واحد من دون أن تتصدّر عناوين الصحف محنةُ المرضى النفسيين المشرّدين، أو حادثة تتضمن فرداً مضطرباً أو هشّاً (الشكل 3). وأصبحت «الرعاية في المجتمع» همّاً دوليّاً يتضمن تأملاً مُتدبِّراً وخوفاً من العنف والاضطراب. كيف أصبح الوضع على ما هو عليه؟ وهل هو وضعٌ كارثي حقاً، وإن كان كذلك فماذا يمكن فعله؟

اللامأسسة

تقلَّص عدد أسرَّة المرضى النفسيين في المستشفيات في الغرب إلى أقل من ثلث ما كان عليه في عام 1955م؛ أُغلق أغلب المستشفيات النفسية الكبيرة في المملكة المتحدة، ومعظمها في الولايات المتحدة وغرب أوروبا، وتؤوي البقية



3. امرأة مشردة مريضة عقلياً بأمتعتها القليلة

جزءاً يسيراً من المرضى الذين كانت تؤويهم ذات يوم. تلاشت واقعيّاً أجنحة المرضى المزمنين حيث عاش المرضى حياة عوز. كان هناك في منتصف خمسينيات القرن العشرين 500.000 مريض نفسي داخليّ في الولايات المتحدة الأمريكية و160.000 مريض في المملكة المتحدة، أما اليوم فهناك أقل من 100.000 مريض داخليّ في الولايات المتحدة وأقل من 30.000 مريض في المملكة المتحدة. فإذا أخذتَ في الاعتبار النمو السكانيّ فإن هذه الأعداد تُشكّل انخفاضاً بنسبة 90 بالمئة، وهذا الاتجاه عالميّ فعلياً، وقد مُنِح اسماً غير أنيق: «اللامأسسة»؛ بدأ بتقليل الازدحام في الأجنحة النفسية وانتهى بإغلاقها. وقد شهدت العشرون سنة الأخيرة إغلاق مستشفيات بأكملها.

وعادةً ما يُعزى إفراغ المصحات النفسية من المرضى إلى اكتشاف الأدوية المضادة للذُهان في أوائل خمسينيات القرن العشرين؛ كان هذا بالفعل عاملاً مهماً لكنه لا يمثل الحقيقة كاملة، فقد كان هناك تغير جوهري في المواقف الاجتماعية تجاه المرضى النفسيين سبق اكتشاف الأدوية. كان أثر اكتشاف الأدوية متبايناً؛ فقد أدى إلى إخراج كليّ للمرضى في بعض الدول ولم يكن له أثر إطلاقاً في دول أخرى، أما المواقف الاجتماعية وإعادة التفكير الثورية في الطب النفسي فقد أثرت تأثيراً عارماً. ودخلت لاحقاً اعتباراتٌ اقتصادية، ولكن دعونا نبدأ أولاً بالأدوية.

ثورة الأدوية

كما هو الحال في العديد من الاكتشافات المهمة، كان اكتشاف تأثير مضاد الذُهان كلوربرومازين بالصدفة المحضة؛ لاحظ طبيب تخدير تابع للبحرية الفرنسية كان يعالج الإصابات أن هذا الدواء قلّل من الحاجة إلى التخدير، وهدّأ المرضى بعد العمليات من غير الحاجة إلى أدوية إضافية. جرّب طبيبان نفسيان هما ديلاي ودينيك الدواء في مستشفى سينت آن في باريس في عام 1952م وذهلا من النتائج، وحين جرباه على المريض العاشر عرفا أنهما بصدد اكتشاف ثوري. أصبح كلوربرومازين في السنوات الأربع التالية خطَّ العلاج الأول للأمراض الذُهانية؛ «اجتاح الدواء حقل الطب النفسي بأكمله بسرعة»، وتحولت بيئة أجنحة المرضى تحولاً تاماً.

ما فعله الدواء في الأساس هو أنه أَنسَنَ رعاية المرضى؛ بدأ العاملون بمعرفة مرضاهم الأهدأ والأقل اضطراباً بدلاً من التحكم بهم وحسب. صارت نوبات المرض أقصر وأقل اضطراباً، لذا أصبحت إعادة التأهيل والإخراج المبكر من المستشفى احتمالاتٍ واقعية قبل أن يفقد المرضى علاقاتهم العائلية ووظائفهم نهائياً. استُخدِمت الأدوية بدايةً لعلاج النوبات الحادة فقط، وبحلول سبعينيات القرن العشرين أصبح جلياً أن الاستمرار في هذه الأدوية يقلِّل كثيراً من الانتكاسات المستقبلية؛ أصبح «العلاج الصياني» هذا حجرَ الأساس للعلاج الطويل المدى للفُصام العقلي والذهانات الأخرى.

تطورت طائفة واسعة من الأدوية المضادة للذهان في الخمسين سنة المنصرمة، وأغلبها متساوية النجاعة لكن آثارها الجانبية تختلف من دواء إلى آخر. جعلت الأدوية الأصلية الشبيهة بالكلوربرومازين المرضى متشنجين عضلياً ومرهقين، أما الأدوية الحديثة فلا تُحْدث تشنجات لكنها قد تسبب زيادة في الوزن، والسكري. تتوافر الأدوية المضادة للذهان اليوم على هيئة حقن تؤخذ كل أسبوعين إلى أربعة أسابيع.

لم تكن الثورة الدوائية محصورة بمضادات الذهان؛ استُعمِل أول مضادات الاكتئاب (إمبرامين) في عام 1958م، وكان لهذه المضادات تأثير أطول من العلاج بالتخليج الكهربائي، ولاقت قبولاً أفضل عند المرضى. ازداد استعمال مضادات الاكتئاب بنحو 65 بالمئة في الولايات المتحدة بين 1999م و2014م، فواحد من ثمانية راشدين أفصحوا عن استخدامها حديثاً. لوحظ في عام 1949م أن ليثيوم كربونيت (وهو مادة موجودة طبيعياً) له تأثير مهدئ؛ واستُعمِل «مثبتاً للمزاج» طويل المدى لعلاج اضطراب الاكتئاب الهوسي في عام 1968م، وقد قلّل كثيراً من معدل الانتكاسات.

لا يهدف هذا الكتاب إلى تفصيل التطورات في أدوية الطب النفسي الحديثة ولكن علينا أن نشير فقط إلى أن التقدم في هذا المجال في اضطراد؛ لدينا الآن طائفة واسعة من الأدوية لمعظم الاضطرابات المعروفة. ومع هذا فهي ليست رصاصات سحرية؛ لا يوجد دواء يبرئ تماماً كل المرضى الذين يعانون من اضطراب محدد، ولكن إذا ما اختير الدواء بعناية فيمكنه أن يحدث فرقاً حقيقياً لأغلبية المرضى الذين يعانون من أمراض نفسية. يفرض نجاح هذه الأدوية مخاطر كبيرة من الاستعمال المفرط لها (الفصل السادس).

الثورة في الاتجاهات الاجتماعية

تغير الطب النفسي جذريّاً خلال الحرب العالمية الثانية واكتسب ثقة جديدة من خلال علاج اضطرابات الحروب، وجلب علو شأنه عدة أطباء إليه لم يفكروا أبداً من قبلُ أن يعملوا في المصحات النفسية؛ جُلِبت عقول جديدة لحل مشكلات قديمة. والرجال الذين كانوا بصحة جيدة ممن حطمتهم الحروب عصبياً تحدت حالاتهم تفسير المرض النفسي الجيني الجبري القديم. وأكد النجاح الدرامي مع علاجات عملية (مثل حقنة الباربتيوريت لتنفيس أو «تفريج» المشاعر الناتجة من تجارب مرعبة حديثة) دورَ الكرب والصدمة. أصبح الطب النفسي فعالاً ومتفائلاً، حتى إنه بدا فرعاً طبياً شديد الجاذبية.

المجتمعات العلاجية

لم يكن علاج عصابات الحرب الحادة النتيجة الوحيدة للحرب العالمية الثانية؛ حصل أطباء نفسيون، لديهم تدريب في التحليل النفسي، على مناصب مؤثرة كمستشارين عسكريين في الولايات المتحدة والمملكة المتحدة، واستكشفوا كيف يمكن للمؤسسات ذاتها أن تؤثر على الصحة النفسية وعلى التعافي من الأمراض النفسية، كانت إحدى النتائج «المجتمعات العلاجية».

تدرك مقاربة المجتمعات العلاجية أن تنظيم المستشفيات (أو السجون أو المدارس أو المكاتب فيما يتعلق بهذا الشأن) يحدث تأثيراً كبيراً على رفاهية مَنْ فيها، وبالنسبة للمرضى النفسيين فربما تكون فرصة لهم أن يتعلموا ذاتياً وأن يتعافوا. وجد الأطباء النفسيون العسكريون أن الرتبة والمنزلة تقفان حجر عثرة في طريق علاج الرجال المجندين، لذا قللوا من الاختلافات في المنزلة، وشجعوا على إزاحة الرسمية ودفعوا بمرضاهم أن يعملوا معاً ويساعد أحدهم الآخر. وسمح هذا للأفراد المحبطين معنوياً أن يتعلموا طرقاً جديدة للتعامل مع مشكلاتهم في بيئة جماعية ديموقراطية متفائلة وشغوفة.

حسّنت حركة المجتمع العلاجي من الرعاية في المستشفيات النفسية، وقللت من الإزمان ومن المأسسة، لكنها أصبحت ضحية لنجاحها؛ فدروسها لاقت قبولاً كبيراً (حتى في المنظمات التجارية) إلى درجة أن نسيت أصولها. وعانى التحليل النفسي من المصير نفسه.

«عُصاب المأسسة» و«المؤسسات الشاملة»

بدأ المختصون في أواخر خمسينيات القرن العشرين يدركون أن بيئة المستشفيات النفسية التقليدية قد يكون لها ضررٌ كبيرٌ على المرضى. يمكن للمستشفيات نفسها أن تكون السبب في بعض المشكلات التي تصارع لعلاجها، فالمرضى الذين يقيمون فترة طويلة (عادةً الذين يعانون من الفُصام) كانوا فاتري الشعور ومُهمِلين لأنفسهم ومعزولين، وقد اعتبرت هذه دائماً نتائج للمرض (حالة العجز الناتجة عن الفُصام) ورعاية هؤلاء المرضى أعطت تبريراً آخر للحاجة إلى مستشفيات نفسية.

وبخلاف الأعراض الحادة مثل الهلاوس و الأوهام والهياج، فإن الانسحاب لا يستجيب إلا قليلاً للأدوية الجديدة. ومع هذا فإن بيئة المستشفى تحدث فرقاً، وقد عُرِف دائماً أن هناك مستشفيات نفسية جيدة وأخرى سيئة. أظهرت دراسة أجريت في عام 1960م قارنت بين ثلاثة مستشفيات وجود مستويات مختلفة كثيراً من فتور الشعور وإهمال الذات مرتبطة بالأنشطة والتنوع الذي يوفره الروتين اليومي فيها.

اقترح طبيب نفسي؛ رسل بارتون، أن هذا نتيجة للعيش في مؤسسات تزيل المسؤولية الشخصية؛ إذ تتوقف عن الاهتمام بنفسك لأن أحداً آخر يهتم بك دائماً، سمى بارتون هذا «عُصاب المأسسة» ليشدِّد على أن سببه المستشفى، وليس الفُصام العقلي. وحين أعطى مرضاه استقلالية أكبر ازدهر عدد منهم وسرعان ما أُخرِجوا من المستشفى. كبر الأمل مع إعادة التأهيل النشطة (مساعدة المرضى أن يستعيدوا مهاراتهم وقدراتهم المفقودة) بحيث إن هؤلاء المرضى فاتري المشاعر والمعاقين لن يحتاجوا بعدُ إلى رعاية داخل المستشفيات.

لا شك أن حجم عُصاب المأسسة قد بولغ فيه؛ فهناك فعلاً حالة من انعدام الدافعية تشكل خاصية رئيسة في الفُصام طويل المدى، لكنها لا شك تتعاظم بوجود روتين خانق في المستشفى. فبعض المرضى تعافى ولكن الموظفين المنهكين لم يلحظوا ذلك! تقبل العديد من المرضى استقلاليتهم بسهولة، لكن المرضى «المُهمَلين» نادرون اليوم والعديد منهم بحاجة إلى دعم مستمر بعد خروجهم من المستشفى.

إرفنج جوفمان والمؤسسات الشمولية

صدمت دراسة المستشفيات الثلاثة وكتاب رسل بارتون عن عصاب المأسسة حقل الطب النفسي لكنها لم تكن في حجم الصدمة الدولية التي سببها كتاب المصحات النفسية (1961م) لعالم الاجتماع الأمريكي إرفنج جوفمان. بُنِي الكتاب على عمله سنة «متخفياً» لإعداد رسالة الدكتوراه في مستشفى نفسي ضخم في واشنطن العاصمة. أذهلت نتائجه الواضحة والصادمة التي عبر عنها بكتابة مؤثرة، المؤسسة. وصف جوفمان بتفاصيل مقنعة ما يحدث حقيقة في المصحات، وليس ما كان الناس يظنون أنه يحدث فيها، وليس ما هدفوا له منها. فالأطباء والممرضون اعتقدوا أن لديهم فهماً مشتركاً، لكنّ جوفمان أظهر أن الأطباء يستخدمون أنموذج المرض والعلاج، بينما يحكم الممرضون أكثر من خلال سلوك المرضى ودوافعهم. بعبارات أبلغ، اعتقد الأطباء أنهم يديرون

الوحدات داخل المستشفى، لكن كان من الواضح أنه في الحياة اليومية كان الممرضون والمساعدون (وحتى بعض المرضى) هم من يؤسس القواعد والثقافة العامة ويمسك بالسلطة: لم يكن جوفمان متعاطفاً مع المصحات.

ذهب بعيداً، واستنتج أن معاملة المرضى بلا إنسانية والحط من كرامتهم الذي يحدث بسبب الروتين الجامد لم يكن ببساطة نتيجة مؤسفة لتدريب الموظفين السيىء ونقص الموارد (تفسير رسل بارتون)؛ اقترح أن هذه المعاملة موجودة لتقوم عمداً بتحطيم الفردية، وهذه العملية خاصية لما سماه «مؤسسات شمولية»، مثل المصحات، والسجون، والجيش، فهذه منظمات مغلقة تقيم فروقات جامدة بين الموظفين والمرضى (أو المساجين والحراس، أو ضباط الجيش والأفراد) وطقوساً مهينة تقمع الهوية الفردية. آمن جوفمان أنهم يقومون بهذا ليضمنوا الانضباط (يحطمونك ليبنوك) وبهذا يجعلون كل شيء يدار بسلاسة، وشجب خصوصاً عملية الإدخال المنظمة جداً إلى المصحة التي لا تتضمن الفحص الطبي فحسب بل وإزالة القمل، والاستحمام، وقص الشعر لكل المرضى وعدَّها رمزاً صارخاً للحط من القيمة.

ومع أن حقل الطب النفسي لم يستقبل كتابات جوفمان جيداً في البداية (وهذا مفهوم)، إلا أنها كانت دافعاً قوياً لإغلاق المستشفيات النفسية، واستمر كتاب المصحات النفسية في أن يكون الأكثر مرجعية في علم الاجتماع الحديث في الخمسين سنة التي تلت نشره. ويصور كتاب كين كيسي تحليقة واحدة فوق عش الوقواق (والفيلم العظيم النجاح المقتبس منه والذي مثّله جاك نكلسون في عام 1975م) بوضوح الوجه غير المستساغ لهذه المصحات النفسية الكبيرة غير الشخصية (الشكل 4).

حقوق المريض النفسي وسوء معاملته

ركَّزتُ حتى الآن على مشاركة الطب النفسي في حركة اللامأسسة، ومع هذا فكما حدث عند نشوء المصحات النفسية، فإن المناخ الاجتماعي كان مؤثراً على الأقل في هذه



4. تحليقة واحدة فوق عش الوقواق

الحركة إن لم يكن أعظم تأثيراً. اشتعلت أوروبا مباشرة بعد الحرب العالمية الثانية بالرغبة في التغيير واشتد العطش للعدالة الاجتماعية. كان النظام القديم مُشيناً وكانت حقوق الرجل العادي أولوية للجنود العائدين وللحكومات التي أعيدت أيضاً. سيطرت الديموقراطية والاندماج الاجتماعي (مع أنها لم تكن تسمى هكذا حينها) على الأجندةَ الدولية، سواء في التربية أو الصحة أو الإسكان. لقيت حقوق المجموعات المعدمة في أخذ دورها الكامل في هذا المجتمع الجديد دعماً كبيراً، وكان المرضى النفسيون إحدى هذه المجموعات، فالتصفية الجماعية للمرضى المزمنين في ألمانيا النازية لم تؤدِّ إلا إلى إبراز الحاجة إلى حمايتهم. ولم يتضح هذا في التفكير الجديد بقدر ما اتضح في تغييرات قانون الصحة النفسية، ففي المملكة المتحدة على سبيل المثال، كان قانون الجنون لعام 1890م قد ركز على حماية حقوق العقلاء في ألا يُعتبَروا مجانين (مع اهتمام بسيط بحقوق المجانين ورفاهيتهم)، بينما ركز قانون الصحة النفسية لعام 1959م على حماية حقوق المرضى النفسيين عبر التأكيد على سلامة الإجراءات والمراجعة الدورية لرعايتهم وحجزهم.

تسربت مجموعة من الفضائح التي كشفت إساءة معاملة المرضى النفسيين مباشرةً بعد الحرب. استدعت هذه التسريبات الواحد بعد الآخر عن المعاملة المهينة والرعاية السيئة للمرضى عدة تحقيقات. وقد تراوحت المعاملة السيئة التي اكتُشِفت من الإهمال وانتقاص الكرامة وصولاً إلى المعاملة السيئة المباشرة والإهانة. ورسمت هذه الفضائح الصورة المتكررة للمؤسسات الكبيرة المعزولة، التي تضم مجموعة من الموظفين المدرَّبين بشكل سيىء والمتضامنين بقوة مع بعضهم بعضاً، والذين اتبعوا خطى آبائهم في اختيار الوظيفة. وكانت الإجراءات التي وصفها جوفمان ظاهرة للعيان، مع اهتمام ضئيل بالرعاية الإنسانية.

أنتجت هذه التسريبات نفوراً مفهوماً وقوَّت قرار إصلاح المصحات النفسية أو إزالتها. في عام 1960م، تنبأ وزير الصحة في المملكة المتحدة بزوالها لكنه توقع أن تستمر الاتجاهات المهنية بعد اندثار الحجر والمدر. اعتقد الطبيب النفسي الإيطالي الرائع فرانكو بازاليا أن المستشفيات النفسية غير قابلة للإصلاح أساساً (الفصل الخامس)، وأن إلغاءها هو الحل الوحيد. مُرِّر قانونٌ إيطالي في عام 1978م يحرم الإدخال القسري إلى المستشفيات النفسية على الفور وطالب بإغلاقها الكلي في ظرف ثلاث سنوات.

في هذا الوقت كان هناك تساؤل حول شرعية الطب النفسي ذاتها، ومُـجِّدَت الحركة المضادة للطب النفسي (الفصل الخامس) والتي تزعمها آر. دي. لينج، وتوماس ساز، وميشيل فوكو، في أثناء الثورة الطلابية عام 1968م.

وبحلول أوائل الثمانينيات من القرن العشرين كان تقليص المستشفيات النفسية وإغلاقها حركة دولية قادها وصاغها في الأغلب أطباء نفسيون. زادت تكاليف الرعاية الصحية النفسية بتطور معايير التوظيف وبالاعتراف بعقود من الإهمال، واتضحت المكاسب المالية لإغلاق كل المستشفيات النفسية للحكومات التي قامت بوضع الأجندة الصحية للثلاثين سن المنصرمة. لاحظ أحد الفطناء الأمريكيين أن «التحالف المشين بين الليبراليين العلاجيين والمحافظين الماليين يكمن وراء حركة اللامأسسة».

«تحوُّل المأسسة» و«إعادة المأسسة»

حين بنيت المصحات النفسية لم يؤخذ معظم المرضى من منازل العائلات بل من السجون ومراكز العمل، ولذا فأحد الجوانب المقلقة للامأسسة أن عدداً أكبر من المرضى النفسيين انتهى بهم المطاف في السجون؛ وحين أصبحت الوحدات النفسية أصغر وأصبح توجهها علاجيّاً، انتهى المطاف بعدد أكبر من المرضى (الذين ربما ظلوا سابقاً في الأجنحة المغلقة) في السجن. تسارع هذا في المناطق التي تطلبت فيها الرعاية الإجبارية دليلاً على وجود خطر محدق، ففي كاليفورنيا حالياً يُشكِّل عدد الأفراد المصابين بالذُهان الموجودين في السجن أكثر من أولئك الموجودين في المستشفيات النفسية.

لذا فإن اللامأسسة لم تكن حركة من دون التواءات. في الحقيقة، شهد العقد الأخير انعكاساً بسيطاً في الاتجاه، فقد أُدخِل مرضى أكثر إلى مساكن تخضع لبعض الإشراف، والأسباب وراء ذلك معقدة لكنّ أحدها بلا شك زيادة عدم التسامح في الخطورة المحتملة.

الرعاية في المجتمع

علّق مسؤول رفيع في وزارة الصحة في المملكة المتحدة في ثمانينيات القرن العشرين: «يستطيع أي أحمق أن يغلق مستشفى نفسيّاً»، وأضاف مباشرةً أن التحدي الحقيقي يكمن في توفير رعاية بديلة. استمرت أنواع معترف بها من الرعاية المجتمعية الحديثة في التطور منذ ثلاثينيات القرن العشرين؛ الرعاية اليومية في المستشفيات في روسيا، وأقسام المرضى الخارجية في الولايات المتحدة الأمريكية والمملكة المتحدة، والعيادات المتنقلة في هولندا. ومع هذا شهدت الفترة منذ ستينيات القرن العشرين فصاعداً تغيراً محورياً في تطور الخدمات المجتمعية لتصبح بديلاً للمستشفيات النفسية عوضَ أن تكون إضافةً لها.

وحدات مستشفيات المقاطعات العامة

والمستشفيات النهارية

كانت وحدات المرضى المقيمين صغيرة سواء في المستشفيات العامة المحلية أو بجانبها الأنموذج المقترح ليحلَّ محل المستشفيات النفسية وليزيل الوصمة عن الأمراض النفسية. أُسِّسَت هذه الوحدات التي تضم 40 -100 سرير لتكون للحالات الحادة والمرضى المقيمين لفترة قصيرة، وكان يمكن أن تعتمد على المستشفيات النفسية للمساندة. تباينت خصائص هذه الوحدات، ففي الولايات المتحدة الأمريكية جسّدت هذه الوحدات تقليداً طويل المدى للطب النفسي الارتباطي في المستشفيات العامة، أما في ألمانيا فقد أخذت مقاربةَ طبٍّ نفسي بدني أكاديميةً تضمنت علاجاً نفسياً للأمراض العضوية، وفي المملكة المتحدة حُوِّرَت المستشفيات النفسية لتصبح أماكن للإقامة القصيرة، بينما شدَّدت الإصلاحات الإيطالية على إلغاء كامل للمستشفيات النفسية وحل محلها وحدات صغيرة تتكون من 15 سريراً تُركِّز على الأزمات القصيرة المدى.

ومع هذا لم يحدث استبدال دولي كامل للمستشفيات النفسية؛ ففي أوروبا لا يزال أكثر من نصف المرضى النفسيين الداخليين في مستشفيات نفسية تقليدية مع توافر خدمات مجتمعية حقيقية محدودة إن وجدت. وتتباين الخدمات النفسية في الولايات المتحدة تبايناً كبيراً بين الولايات من خدمات اجتماعية إلى اعتماد شامل على المستشفيات النفسية القديمة. تحمي وحدات المستشفيات العامة الصغيرة من عدد من مشكلات المصحات النفسية لكنها تخلق مشكلات أخرى، مثل ضيقها وعدم قدرتها على احتواء المرضى الصعبين جداً، وهي لا توفر إلا نادراً نطاقاً من الخدمات والعلاجات لكنها تمثل مع هذا خطوة أولى ضرورية للخروج بالخدمات من المصحات النفسية إلى المجتمع.

فرق الصحة النفسية المجتمعية

تحتاج الخدمات الجديدة أن تكون محلية ومقبولة من المرضى وعوائلهم. ظهر «الطب النفسي القطاعي» ليواجه هذا التحدي؛ تأخذ المصحات النفسية غالباً كل المرضى من كامل المقاطعة أو المدينة. تقسم هذه المقاربةُ القطاعَ إلى مناطق صغيرة سهلة الإدارة (40.000 -100.000 نسمة) مع فِرَقٍ مكرَّسة لتوفير رعاية فردية يسهل الوصول إليها.

مهَّدت فرنسا والمملكة المتحدة الطريق لهذا التطور؛ واعتمد «القطاع» الفرنسي على نظرية اجتماعية متطورة شدَّدت على حصر التدخل وقت الأزمات على المرضى المصابين بالذُهان، ولم تُطبَّق هذه النظرية بشكلها الكامل أبداً، أما مقاربة المملكة المتحدة فقد اعتمدت على الاعتراف بالأهمية المركزية للرعاية الاجتماعية وأنظمة الدعم من أجل إعادة دمج المرضى النفسيين في المجتمع، وكانت هذه المقاربة أشمل وأكثر نفعاً. أصبحت الرعاية المحلية ضرورة عملية، فقد تطلبت تشريعات الخمسينيات من القرن العشرين أن يوفر للمرضى المخرجين من المستشفيات مراجعات في العيادات الخارجية يقدمها الذين أخرجوهم مع مشاركة مرتبطة بالخدمات الاجتماعية، ولم يكن تعاون المستشفيات النفسية البعيدة ممكناً؛ كان العمل المشترك مع الاختصاصيين الاجتماعيين وأطباء الأسرة ممكناً فقط عبر الأحياء الصغيرة. وتعني مقاربة القطاع أن يعمل الأطباء النفسيون، والممرضون، والاختصاصيون الاجتماعيون، معاً في فرق.

كان مُنفذ هذا النهج في المملكة المتحدة «الممرض النفساني المجتمعي». يعمل الممرضون هؤلاء خارج المستشفى حصرياً تقريباً، يزورون المرضى في بيوتهم لتوفير الدعم المعنوي والعملي ويشرفون على أدويتهم. ومن ممرضيْن نفسيَّيْن مجتمعيَّيْن في عام 1953م أصبح عددهم الآن أكبر من عدد الأطباء النفسيين في المملكة المتحدة، ويشكلون العمود الفقري للفرق المتعددة التخصصات. وتشمل هذه الفرق حالياً اختصاصيين اجتماعيين، واختصاصيين نفسيين سريريين، ومعالجي تأهيل.

تقوم فرق الصحة النفسية المجتمعية بمعاينة نطاق واسع من مشكلات الصحة النفسية (من الاكتئاب إلى الذُهان)، وتقدِّم العلاج في العيادات، وبيوت المرضى، والمستشفيات اليومية، وللمرضى المقيمين (وقت الحاجة). أصبحت هذه الفرق اعتيادية عبر أوروبا وعدة أجزاء من العالم. تبنت الإصلاحات الإيطالية بوضوح أنموذج الرعاية هذا مُشدِّدة على عدم التمسك بالرسميات، وعلى المعرفة المحلية، وسهولة الوصول إلى الخدمات.

تتشابه أغلب فرق الصحة النفسية المجتمعية في العموم، ويشرف الفريق ذاته في إيطاليا والمملكة المتحدة، حتى وقت قريب، على المرضى داخل المستشفى وخارجه، أما في معظم أوروبا وفي الولايات المتحدة فتشكل هذه مسؤوليات منفصلة. تقبل بعض فرق الصحة النفسية المجتمعية كل نطاق مشكلات الصحة النفسية، بينما تحصر فرق أخرى نفسها في الذُهانات الجسيمة. وتنفصل هذه الفرق بتزايد إلى مجموعات متخصصة مختلفة (كأن تكون للأزمات، أو للدعم طويل المدى، أو للمرضى في بداية مرضهم)، وفيما تتباين بؤرة اهتمام هذه الفرق إلا أن طرق ممارستها (الموظفون، التقييم، المراجعات، إلخ) تتشابه في العموم.

إن فرق الصحة النفسية المجتمعية ليست الأنموذجَ الوحيد لتقديم الخدمات المحلية، فمراكز الصحة النفسية المجتمعية وحدات أكبر تقدم نطاقاً من الخدمات تشمل الرعاية اليومية، والتقويم، والعلاج، والخدمات الميدانية.

المستشفيات النهارية

اقتُرِحت المستشفيات اليومية بجانب وحدات المستشفيات العامة بديلاً مبكراً للمستشفيات النفسية ولكن التطور السريع لفرق الصحة النفسية المجتمعية تجاوزها بطريقة ما؛ فالعديد من المرضى المصابين بالاكتئاب والقلق تُعالجهم حالياً فرق الصحة النفسية المجتمعية بمهاراتهم الموسعة، وقد خفف وجود خدمات ميدانية ناجعة للمرضى المصابين بالذهان من الحاجة إلى المستشفيات اليومية. ومع هذا، فالمراكز اليومية التي توفر الرعاية الاجتماعية، وليس الصحية، مستمرة في الازدهار، وهي تقلل من العزلة والوحدة التي يشعر بها العديد من المرضى النفسيين، وبخاصة في المدن الكبيرة المكتظة.

الوصمة والدمج الاجتماعي

عُدت السنوات العشرون الأولى من الحركة باتجاه الرعاية المجتمعية ناجحة بشكل عام؛ تمكن المرضى من الهروب من المستشفيات النفسية الكئيبة إلى حياة أفضل، ووفرت فرق الصحة النفسية الاجتماعية دعماً ناجعاً لكنه كان خفيفاً. ومع بداية إغلاق المستشفيات النفسية الشامل أُخرِج المرضى المصابون بإعاقات جسيمة متزايدة، وتأخر توفير الخدمات البديلة المناسبة، وبخاصة المنازل المحلية المقدور عليها. أصبح بعض المرضى مُشرَّدين (خصوصاً في الولايات المتحدة الأمريكية حيث أصبح الأمر فضيحة وطنية). لقد شكلت حياتهم في الشوارع القذرة وتعرضهم للاستغلال والجرائم الصغيرة وصمة عار في وجه القيم المتحضرة. تباينت الصورة بالطبع من مكان لآخر، لكن المدن الكبرى (لندن، روما، نيويورك، لوس أنجلوس) كافحت من أجل التأقلم ولم تنجح في العموم.

أدت تشريعات الليبرالية المدنية التي تمنع الإقامة القسرية في المستشفيات إلا إذا كان هناك دليلٌ على وجود خطر محدق (كما في نيويورك وكاليفورنيا) إلى تفاقم المشكلة، فحتى لو توفر سرير شاغر فإن القوانين الجديدة تكبح الإدخال الإجباري الضروري. مع هذا، من الجيد أن نقول إن المرضى غالباً ما يفضلون العيش بعوز وانعدام أمان في الشوارع عن العيش في أجنحة المستشفيات المريحة؛ ولا يمكن عزو هذا إلى انعدام بصيرتهم فحسب، فجميعنا نقدِّر حريتنا الشخصية وخياراتنا أكثر من راحتنا. فمنظر «المشردات» والمشردين، الواضح اضطرابهم النفسي، في شوارعنا يمثل تحدياً أخلاقياً بارزاً لا نملك إجابة يسيرةً له.

الوصمة

الوصمة هي أحد أعباء الأمراض النفسية الرئيسة، وهناك الآن برامج دولية لتقليصها؛ تتجلى الوصمة في رغبتنا في تجنب الاتصال بالأفراد («إقامة مسافة اجتماعية بيننا وبينهم»)، وفي أشكالها الأكثر تطرفاً طردهم وإبعادهم. لطالما كانت الأمراض النفسية موصومة، كسائر العديد من الأمراض الأخرى في الماضي، ولا يزال التمييز والإهمال، لا سيما في التوظيف والإسكان، يحرمان المرضى النفسيين من القبول الاجتماعي الكامل. يبدو الشباب أقل رفضاً للمرضى النفسيين، ونأمل أن يفهموا المرض النفسي أفضل بعد أن أصبحوا يعرفونه أكثر في عصر الرعاية المجتمعية هذا، على الرغم من أنهم قد يصبحون ببساطة أكثر تعصباً مع التقدم في السن.

نحاول عادة تجنب الناس (أي نميزهم أو نَصِمُهم) الذين نظن أنهم يشكلون خطراً علينا. كان الخوف في الماضي أساساً من العدوى (الجذام، السل، إلخ)، ولكنه ينبع مع المرض النفسي من السلوك المخيف أو الخطير. وبالنسبة لمعظم المرضى، يكمن الخطر الحقيقي في الانتحار أو الأذى الذاتي. ومع هذا فإن الذُهان مرتبط بالسلوك العنيف أكثر بأربعة أضعاف، وفي حين قد يبدو هذا كثيراً فإنه لا يُعَدُّ شيئاً بالمقارنة مع العنف المرتبط بالشباب السكارى والذين هم بصحة جيدة فيما عدا ذلك. إن حالات القتل العنيفة والنادرة التي يمارسها المرضى النفسيون تؤجج إدراكاً مبالغاً فيه بالمخاطر ما يؤدي إلى تشريعات مُقيِّدة. وفي المملكة المتحدة، كان الإصلاح الشامل لخدمات الصحة النفسية مدفوعاً بجريمتين شهيرتين؛ إحداهما قام بها شخص مُهمَل مصاب بالفُصام العقلي، والأخرى قام بها رجل فوضوي يتعاطى المخدرات.

وفي حين تمثل هاتان الحادثتان الفرديتان مأساة لجميع المعنيين، فإنهما لا ترقيان أن تكونا بمستوى الوباء. ففي إنجلترا، على سبيل المثال، ظل القتل الذي يمارسه المرضى النفسيون ثابتاً على مدار الخمسين سنة الماضية؛ عند نحو 160 حالة في السنة، في حين ازدادت جرائم القتل التي يرتكبها غير المرضى؛ من أكثر قليلاً من 300 حالة في السنة في عام 1980م إلى ما يقرب من 800 حالة في السنة في عام 2015م. تحدث أغلب حالات القتل التي تُعزى إلى «مرض نفسي» داخل الأسرة، أو يقوم بها الأفراد الذين يعانون من اضطرابات في الشخصية، أو الذين يتعاطون المخدرات والكحول (وهذا ليس ما يعتقده معظمنا عادة عن «المرض النفسي»). ومع هذا، فالخوف من الاعتداء العشوائي لشخص ذُهاني «خرج قبل الأوان من مستشفى للأمراض النفسية» قويٌ بشكل ملحوظ، مع أنك في المملكة المتحدة معرضٌ أن تقتلك سيارة شرطة مسرعة أكثر من أن يقتلك شخص غريب مصاب بمرض نفسي.

الإجماع الاجتماعي ومجتمع ما بعد الحداثة

يعد التطرف الشديد وتجنب المخاطر من خصائص مجتمع «ما بعد الحداثة» الذي نعيش فيه. ومع تراجع القيم المشتركة، يصبح الرفاه الفردي الشاغلَ المسيطر، وسواء أكانت هذه الحجة مقنعة أم لم تكن كذلك، فلا يمكن إنكار أن المجتمعات الغربية، ذات الحراك الاجتماعي المتزايد باطراد، تزداد نزعتها الفردية ووعيها بالمخاطر.

نادراً ما تكون المجتمعات الصناعية الحديثة «متجانسة»؛ هناك قطاعات كبيرة من المجتمع ذات أصول وأديان وقيم وأعراق مختلفة، وعلى الرغم من فوائد هذا التنوع الاجتماعية الواضحة فإنه قد يجعل الطب النفسي صعباً للغاية. إننا نتقبل أنماط الحياة والسلوكات المختلفة على أنها خيارات شخصية نتسامَح معها طالما أنها لا تنتهك حريات الأشخاص من حولنا. ويقدِّر معظمنا هذه الحريات كثيراً، لكنها يمكن أن تقلل من معرفتنا بوجود مرض نفسي، فعندما يشير لباسٌ غريب أو سلوك إلى مرض نفسي فإننا قد نعدُّه تعبيراً عن الذات لا مرضاً؛ يمكن أن يُعد مريض الهوس ذو النشاط المفرط والسلوك الفاضح متهوراً واستعراضياً.

وما يزيد من تعقيد حالة انعدام اليقين هذه الزيادةُ الكبيرة في تعاطي الكحول والأدوية الترفيهية، فعادةً ما يجعل التسمم بهذه الأدوية الأمراض النفسية أسوأ وأصعب على العلاج، كما يمكنه أن يؤخر معرفة الإصابة بها. ومن الشائع أن يُشخص طالبٌ شاب لم يكن على ما يرام بعد شهور من بداية مرضه لأن زملاءه في الغرفة افترضوا أن سلوكه مجرد أعراض ناتجة عن استعمال المخدرات.

يسهم كل من وصمة العار والشعور المبالغ فيه بمخاطر الأمراض النفسية، وتفكك الأسرة، وزيادة الحراك الاجتماعي، وزيادة تعاطي المخدرات والكحول، في جعل الرعاية المجتمعية للمرضى النفسيين أصعب بكثير مما كانت عليه قبل قرن من الزمان، وهذا ما تدل عليه الزيادة الصغيرة واسعة النطاق في العلاج الإجباري والزيادة المتواضعة في «إعادة المأسسة». ومع ذلك، فإن هذا يُقابل باحترام أكبر للحقوق الفردية وإدماج أكبر لها مما كان يمكن تصوره قبل جيل. يمكننا توقع الاستمرار في نقد الرعاية المجتمعية والبحث عن مستوى أمثل للمؤسسات التي توفر الرعاية، ومع هذا فإنه من غير الوارد العودة على نطاق واسع لمؤسسات الإقامة الطويلة، فالرعاية المجتمعية بشكل أو بآخر ستستمر معنا في المستقبل المنظور.

الفصل الرابع
التحليل النفسي والعلاج النفسي

يعني العلاج النفسي أشياء مختلفة للأشخاص المختلفين، وهو يعني حرفياً «علاج العقل»، على الرغم من أنه يمكن قراءته على أنه «علاج بـالعقل». سأستخدم المعنى الثاني (وإلا فإن كل الأنشطة الطبية النفسية ستكون علاجاً نفسياً ولا يمكن المُضي قُدماً). يشمل العلاج النفسي في هذا الفصل أي استخدام مُنظَّم مُتعمَّد للعلاقة بين المعالج والمريض لإحداث تغيير أو تحسين فهم الذات. وعادة ما يجرى العلاج النفسي عن طريق التكلم، ومن هنا جاء التعبير المعاصر «العلاج بالتكلم»، ولكن في بعض العلاجات لا تكون الكلمات هي العامل الحاسم، وفي بعض آخر يكون «الحوار» داخلياً. ولمزيد من التفاصيل حول العلاجات النفسية عليك بكتاب العلاج النفسي: مقدمة قصيرة جداً.

كيف يختلف العلاج النفسي عن اللطف العادي؟

إن الكثير مما يتميز به العلاج النفسي هو ذاته ما تتميز به الحياة الطبيعية، فنحن نحاول جميعاً مساعدة أصدقائنا وأفراد عائلتنا بدعمهم وجعلهم يتكلمون عمّا في دواخلهم حين يشعرون بالضيق. اعتاد أطباء المصحات النفسية قضاء وقت طويل مع مرضاهم لتهدئتهم وطمأنتهم؛ كان الهدف من هذا علاجياً بالمعنى الأعم. مع هذا فالخاص في العلاج النفسي هو أن هناك اتفاقاً صريحاً، يرقى إلى أن يكون عقداً، بين المريض والمعالج للتركيز على العلاج وتخصيص وقت محدد له. ويتَّبع كل علاج نفسي كذلك منهجاً معروفاً ومتفقاً عليه، وهناك فهم عام حول ما يحدث في أثناء العلاج والمدة التي يستغرقها.

تُستخدَم مصطلحاتٌ مثل «العلاج بالتكلم» و«العلاجات النفسية» لتجنب حجج المدارس القديمة حول ماهية العلاج النفسي «الحقيقي»، ولدى هيئة الخدمات الصحية في المملكة المتحدة تصنيفٌ مفيدٌ نوعاً ما للعلاجات النفسية:

النوع أ: يشمل فهماً نفسياً بسيطاً ويستخدم في أثناء أي علاج (على سبيل المثال، الاستشارة والدعم المُقدَّمان من طبيب يصف مضادات الاكتئاب).

النوع ب: يشمل جلسات مخصصة مكرسة حصرياً للفهم النفسي والدعم العاطفي. وتستخدم هذه مبادئ العلاج النفسي العامة لكنها لا تلتزم بنظرية محددة وليس لها عدد محدد من الجلسات. ومثالها ممرضة تقوم باجتماعات دورية مع مريضة مكتئبة في الجناح الداخلي للتكلم عن مشاعر الفقد لديها.

النوع ج: وهو «العلاج النفسي الفعلي». ويكون المعالج فيه مدرباً على علاج نفسي معترف به، وهناك تعهّد مشترك واضح لمتابعة مسار محدد من العلاج النفسي.

تستعمل بعض الممارسات الشائعة في العلاجات النفسية الأبكر (العلاج الدينامي) النوع أ والنوع ب، وعادة ما تكون غير ملحوظة إلا إذا تضمنت علاجات النوع ج «الفعلية».

سيغموند فرويد ونشأة التحليل النفسي

لا يمكن لأي حكاية عن العلاج النفسي أن تهمل ذكر سيغموند فرويد، وسواء أأحببته أم كرهته فهو شخصية مهمة؛ لم تُغيِّر جذرياً العلاج النفسي فحسب بل وكيف يفكر العالم الغربي أيضاً. قابلناه في الفصل الثاني، وقد أُجبر على أن يترك أبحاثه ويعتاش على الممارسة الخاصة في فيينّا. وكان معظم مراجعيه «عصابيين» ومعظمهم إناث، وكانت المشكلات الأكثر شيوعاً التي عاينها إما «وهن عصبي» (انعدام الدافعية، اكتئاب خفيف إلى متوسط) أو سلسلة من شكاوى عضوية ظاهرياً (شلل، آلام، صرع، إلخ) ليس لها سبب عضوي محدد. وكان يُجرَى لهؤلاء المرضى قبل أن يصلوا إلى فرويد فحوصات طبية شاملة ويعالجون بعلاجات غريبة بلا فائدة.

وخلال أكثر من خمسين سنة من الممارسة الطبية وأربعة وعشرين مجلداً من الكتابة، تغيرت أفكار فرويد كثيراً وتضاربت في بعض الأحيان. والأفكار العامة التالية مبسطةٌ وجزئية لضرورة المقام، لكن هناك عدة مقدمات مفصلة وسهلة (كتاب أنتوني ستور فرويد: مقدمة قصيرة جداً).

تأثر فرويد كثيراً بالتفكير العلمي لعصره. وضَعَ كتاب داروين أصل الأنواع البشرَ مباشرةً في العالم الطبيعي (لم يعد الإنسان يُعد خلقاً إلهياً متفرداً) لذا أصبح العقل موضوعاً مشروعاً للبحث العلمي. وكمنت قوانين الديناميكا الحرارية (أن الطاقة لا تفنى بل ببساطة تتحول) وراء توسع أوروبا الاقتصادي في القرن التاسع عشر، وسواء أكانت تعمل بالماء أم البخار أم مضخات الاحتراق الداخلي فإن هذه الآلات الجديدة كانت تعمل عن طريق حبس الطاقة وتقنين انبعاثها. ارتكزت أفكار فرويد على استعارة الدوافع الغريزية المحبوسة والذكريات المكبوتة؛ آمن فرويد أن الإمكانات البشرية الخلّاقة والمدمّرة تنبع من دوافع منعت من الخروج الطبيعي.

اللاوعي والتداعي الحر

إذا كانت قوانين الطاقة تنطبق على العقل فإن الأفكار والمشاعر الجديدة لا بد أن تأتي من مكان ما. شاهد فرويد تحرر القوى «اللاواعية» بعد أن زار طبيب الأعصاب الفرنسي شاركوه، الذي استعمل التنويم الإيحائي لعلاج اضطرابات الهستيريا مثل نوبات الصرع والخرس. وجد فرويد بدايةً أن التنويم والإيحاء نجحا مع عدد من مرضاه لكن النتائج غالباً ما كانت مؤقتة. بدأ في تشجيعهم، تحت الإيحاء، على أن يتذكروا الحوادث التي قادت إلى مرضهم، واستنتج أن الذكريات الصادمة كانت السبب في أغلب الأحيان.

والأهم من هذا أنه استنتج أن مرضاه كانوا غير مدركين لكثير من «تفكيرهم»؛ أن بعض العمليات العقلية كانت لاواعية. وكلما حاول المرء أن يجعلها مُدرَكة تملّصت منه. وجد فرويد طريقة للالتفاف على هذه المشكلة بتطوير تقنيته «التداعي الحر»؛ شجَّع مرضاه على أن يتوقفوا عن محاولة التذكر ويقولوا في المقابل كل ما يخطر على بالهم. ومن هذه الملاحظات «العشوائية»، والمُدعَّمَة بسرد الأحلام، تتسرب الأفكار المكبوتة بطرق غامضة: يكاد يمكنك رؤيته وهو يتخيل المكابس المُحرَّكة بالبخار! استعمل المحلل لاوعيه الخاص لـ «يستمع» لهذه الملاحظات، كاشفاً عن الأنماط ومُوجِّهاً بالتالي المرضى باتجاه مصدر مشكلاتهم. ولذا يُستخدَم التعبير: «سقطات اللسان الفرويدية»، حين تتسرب أفكار أحد ما الحقيقية منه بالخطأ. أصبح فرويد مهووساً بالحاجة إلى عدم التدخل في هذا التداعي الحر؛ يجب على المعالج «الشاشة الفارغة» ألا يفصح عن نفسه، وأن يجلس غالباً وراء المريض، ولا يجيب مباشرةً عن الأسئلة أبداً، ولا يمنح التطمينات. بالنظر إلى صورة غرفة استشارة فرويد (الشكل 5) ومعرفة الجدل الذي أحاط به خلال حياته، من الصعب تصور كيف استطاع أن يؤمن أنه كان شاشة فارغة.

كان مجتمع فيينّا البرجوازي في القرن التاسع عشر متحفظاً، وبخاصة بالنسبة لنساء الطبقة العليا، وليس مفاجئاً أن تكون الصراعات اللاواعية التي اكتشفها فرويد جنسية في محتواها. اعتقد بداية أن مرضاه كانوا قد اعتُدِيَ عليهم جنسياً، ولكن في انقلاب درامي أصبح يعتقد أن معظم هذه الذكريات كانت في الغالب تخيلات وتحقيق رغبات. افترض نظريته عن جنسية الأطفال؛ أنه حتى الأطفال الصغار لديهم مشاعر «جنسية» تتعلق بآبائهم. سبَّبَ هذا بالطبع سخطاً ولا يزال في عدد من الأوساط؛ كانت اللغة المستخدمة مبالغاً فيها، لكن الأفكار ساعدت فعلاً بطريقة ما في خلق تصور عن الدينامية الفاعلة في العائلات. ومن المحتمل أن عقدةَ أوديب كانت نتيجتَها الأشهر؛ افترض فرويد أنه في سن الثلاث سنوات يرغب الولد الصغير في أمه بشدة ويرى والده منافساً مُخيفاً له على عاطفتها (بناءً على أسطورة أوديب الإغريقية الذي قتل أباه وتزوج أمه). تبدو النظرية بوضعها بهذه الطريقة غيرَ مفيدة، لكنها طريقة مُستبصِرة لفهم كيف أن بعض الناس لا يتعلمون أبداً أن يتبادلوا علاقاتٍ مهمة، ففي سعيهم إلى علاقات حميمة حصرية يدمرون ما يرغبون فيه كثيراً. كانت النظرية معقولةً فيما يخص العديد من المرضى الذين عاينهم فرويد، كما هي معقولة اليوم.



5. عيادة فرويد في فيينّا ومقعده المشهور 1910

الأنا، والهو، والأنا الأعلى

اعتقد فرويد بداية أن العقل الواعي كان بأكمله منطقياً بالمقارنة بالعمليات العقلية اللاواعية، الأقل منطقية، والبدائية، وهذا يفسر بعضاً من مصطلحاته المُغالى فيها. ومع هذا فقد صُدِم بالضمير المُؤنِّبِ الوحشيِ لبعض مرضاه؛ كيف لشيء مثل الضمير النبيل (كان فرويد نفسه شخصية أخلاقيةً صارمةً) أن يدفع مريضاً إلى الانتحار بسبب الإحساس بالذنب؟ كانت إجابته عن هذا السؤال أنْ وصفَ الضمير على أنه ناشئ من الأفكار الواعية وأيضاً من البقايا اللاواعية الفعالة للمتطلبات الأبوية والمجتمعية. توسعت خريطته للعقل من منطقتين (اللاوعي والوعي) إلى ثلاث؛ سمَّى اللاوعيَ البدائي الهوَ، والعقلَ الواعي الأنا، والضميرَ الأنا الأعلى، وجميعها الآن أجزاء من حديثنا اليومي.

آليات الدفاع

كان التحليل النفسي المبكر يدور حول تمكين المريض من اكتشاف صراعاته المكبوتة؛ اعتقد فرويد بدايةً أن هذا كان كافياً، ومع هذا فحين أصبح التحليل أطول وأعقد واجه المحلل «مقاومة»؛ بدا كما لو أن المريض يكبح التغيير مستخدماً آليات دفاع نفسية مختلفة. كانت المقاومةُ الأصعب التي واجهها فرويد استمرارَ المريض في الوقوع في حبه (أو على أقل تقدير رؤيته بمثابة الأب). كان هذا في مستوى ما مفيداً، فالمرضى الذين يحبونك يعملون بِجد ويفعلون ما تطلبه منهم. سمَّى هذه المشاعر «النقلة» لأنه اعتقد أنها تُنقَل من شخصيات مهمة في حياة المريض السابقة، ووجد

أنها تُصعِّب من التداعي الحر الكاشف. ومع هذا، بدأ فرويد من التصور المبدئي للنقلة على أنها مشكلة، في استغلالها في التحليل، وأصبح «تحليل آليات الدفاع» هذا جزءاً محورياً من العلاج.

هناك تفرعات كثيرة في أعمال فرويد، وهذا ليس مفاجئاً أخذاً بكتاباته الكثيرة؛ جعلنا ندرك قوة الأفكار غير المعروفة لدينا، وكيف يمكن للماضي أن يستمر في مطاردة حياتنا، والأهم من هذا أنه أظهر أن المحاولة الشجاعة لمواجهة منشأ المشكلات وفهمها (وليس فقط توفير المساعدة والطمأنة)، بالرغم من أنها قد تكون مؤلمة جداً في بدايتها ومتطلبة، يمكنها أن تؤدي إلى التحرر والانعتاق. أظهر أيضاً (ضد رغباته، بلا شك) أن العلاقة الإنسانية الصادقة والمعبرة يمكنها بنفسها أن تكون أداةً للتعافي من المرض النفسي.

كان فرويد متشائماً (في كتاباته بعد وحشية الحرب العالمية الأولى) ولم يَعِدْ أبداً بالسعادة؛ كتب أن التحليل النفسي «يُحوِّل بؤسك الهستيري إلى تعاسة البشر الطبيعية»، وكان طموحه الأعلى أن يستطيع المريض أن «يعمل ويحب»؛ لا أكثر ولا أقل. شوه تصلب أخلاقه وغرورهم سمعتَه، وأصبح ادعاؤه أنه عالِمٌ محل شك، وعلاجه -التحليل النفسي- واقعٌ تحت الحصار لفشله في أن يوفر دليلاً كافياً على نجاعته. ومع هذا، فمن المحتمل أنه أسهم في الكثير من الفهم والتسامح في العناية بالمرضى النفسيين كما في العناية بأي فرد آخر، أما تأكيده على أهمية أخذ ماضي المريض بجدية، واستعاراته الحية للعمليات العقلية، فيسهل فهمها على المعالجين والمرضى على حد سواء، وقد أنشأ الأساسَ لعلاقات العمل الإنسانية التي يستحق لأجلها تقديراً أكبر مما هو حاصل عليه الآن.

يونغ

جمع فرويد حوله ثلةً من المريدين اللامعين؛ كلهم رجال وكلهم يهود. وكما هو الحال مع مثل هذه المجموعة المبدعة كانت هناك صراعات وانشقاقات؛ أخذ عددٌ منهم سبلاً مختلفة ولمع تأثيرهم وخفت. كان لكارل جوستاف يونغ (1875-1961م) وهو أول عضو غير يهودي في حلقة المقربين تأثيرٌ أدوَم، وبينما سمَّى فرويد نفسَه «يهودياً بلا إله» مع مسحة من الحس الروحي أو المتسامي، فإن نظريات يونغ كانت أقرب إلى الغموض، وتضمّنت لاوعياً عرقياً مع «نماذج أولية» (صور رمزية نتشاركها جميعاً)، وتأكيداً على أهمية النقائض في شخصياتنا، خصوصاً كيف تتطور «النفس الظل» من هذه الجوانب التي نرفض الاعتراف بها. يعتقد الكثيرون أن يونغ نفسه عانى من انهيار ذُهاني وجيز ووصف بعضاً من هذه التجارب اللاعقلانية المتجذرة. وبخلاف فرويد، اعتقد أن العلاج يمكن أن يهدف إلى ما وراء إزالة العرض لتعزيز تحقيق الذات العميق، وطريقته شائعة الاستخدام مع من يعملون مع المرضى المعتلين كثيراً، وفي الدوائر الخلّاقة. ابتدع يونغ فكرة نوعيْ الشخصية الانزوائية والانبساطية التي يستعملها الملايين هذه الأيام من الذين ربما لم يعرفوه أبداً.

العلاج النفسي الديناميكي

كان التحليل النفسي مرتبطاً جداً بالممارسين اليهود في نشأته وأصبح هدفاً للعداء النازي في ثلاثينيات القرن العشرين، وكان على المحللين أن يغادروا، فانتقل أغلبهم إلى الولايات المتحدة الأمريكية، وإنجلترا، وأمريكا الشمالية، حيث أصبح لهم تأثير قوي على الطب النفسي؛ أكثر بكثير مما في دولهم الأصلية المتكلمة بالألمانية.

زادت الحرب العالمية الثانية من الطلب على المحللين النفسيين الذين تحول اهتمامهم حينها إلى الجنود المصابين، والأكثر غرابة إلى إدارة الجيش. وأدى ذلك إلى ظهور التحليل الجمعي والعلاج الجمعي حيث يعالج المرضى في مجموعات صغيرة مكونة من 5-8 أفراد، بحيث يستفيدون من الدعم والمساندة كما يستفيدون من الخبرة. وولد العملُ الجمعي المجتمعَ العلاجي (الفصل الثالث)، حيث تطبق الرؤى النفسية والتحليلية في إدارة الأجنحة النفسية (بدلاً من العلاجات الفردية فحسب). سُمِّيَتْ هذه الطريقة المجتمعية غير الرسمية (حيث يتشارك العاملون والمرضى مهماتٍ يومية) «العلاج الاجتماعي»، وأصبحت سمة رئيسة في ممارسة الطب النفسي المعاصرة، ووحدات إعادة التأهيل للمدمنين، وبعض السجون.

تعرض التحليل النفسي الكلاسيكي الذي يبدو لا نهاية له إلى نقد شديد (ثلاث إلى خمس جلسات في الأسبوع لعدة سنوات)، وهو مكلف جداً (لذا فهو حصري)، واعتقد العديد أن العلاجات الأقصر تجعل العقل أكثر تركيزاً وتُحسِّن من النتائج. أما اليوم فالعلاجات القصيرة الأمد هي الشائعة، وتستغرق جلساتها ساعة أسبوعياً لمدة ثلاثة أشهر إلى ستة. يركز العلاج البيني على العلاقات، ويستخدم العلاج التحليلي الإدراكي تمارين محددة جزءاً من العلاج مثل كتابة الرسائل والواجبات المنزلية. ومع استمرار المعالجين في الالتزام بضوابط مهنية صارمة فإنهم يصبحون أكثر فاعلية في العلاج بازدياد.

توصف هذه العلاجات النفسية عادةً بأنها «دينامية نفسية» لأنها تمنح الأهمية للتفاعلات الدينامية بين الماضي والحاضر، وبين عمليات الوعي واللاوعي، وتشكل حياة الفرد «حكايته» فيها أمراً محورياً لفهم المشكلات وحلها، وتتطلب جميعها من المعالج أن يتجنب إعطاء الكثير من النصح المباشر حتى يستطيع المرضى مع التوجيه أن يجدوا حلولهم الخاصة. يمكن استخدام هذه العلاجات بالتوازي مع العلاجات النفسية الأخرى (مضادات الاكتئاب، الرعاية في المستشفى، إلخ)، فلا يوجد في أصولها ما يعارض هذا بصرامة.

عوامل عامة في العلاج النفسي

تعد أغلب العلاجات النفسية الدينامية ملتزمة جداً بأنموذجها الخاص، وللأسف فإن الأدلة تناقضها. ومن المحبط أن هناك أبحاثاً قليلة فيما يتعلق بالعلاجات النفسية الدينامية (بخلاف العلاج المعرفي السلوكي)، لكن هذه الأبحاث القليلة ممتعة القراءة. والمعالجون المخضرمون الذين يتّبعون نمط

تدريبهم بدقة هم أكثر كفاءة، وأفضل أداءً بكثير من المبتدئين، أو الذين لا يطبقون الأنموذج بصرامة. ومع هذا يبدو أنه من غير المهم أي أنموذج يُتَّبع، فهي جميعها متقاربة الفعالية، وتؤكد أغلب الأبحاث أن الأهمية القصوى تكمن في تأسيس علاقة علاجية جيدة.

باختصار، تسمو خصائص المعالج الجيد فوق كل أنواع العلاجات النفسية المختلفة، وقد عُرِفَتْ السمات الضرورية للمعالج الجيد، وهي: التعاطف الصادق (يجب على المعالج أن يفهم حقاً ما يمر به المريض، فليس كافياً أن يشعر بالأسى عليه)، والاهتمام غير المشروط (يجب على المعالج أن يحب المريض ويحترمه؛ إذ لا يمكنك أن تعالج شخصاً تكرهه)، والحنان غير التملكي (يجب على المعالج أن يكون قادراً على إظهار الحنان والمساندة من غير أن يجعل المريض ممتناً له). تعتبر هذه السمات مفيدة وبخاصة في الممارسة النفسية، ومن المهم حقاً توافق المرضى مع المعالجين؛ لا يمكن لأي منا أن يتفق مع كل أحد، فالعمل مع المعتدين الجنسيين أو العنيفين على سبيل المثال، يحتاج إلى معالجين متسامحين ومتفهّمين.

العلاجات النفسية الوجودية والتجريبية

تستخدم العديد من مدارس العلاج النفسي تقنيات العلاج النفسي الدينامي من غير أن تقبل بأطرها النظرية. لا تفترض العلاجات النفسية الوجودية، كما يشير الاسم، ما «يجب أن يكون» عليه الناس لكنها تُركِّز على مساعدة المريض على التعبير عن هويته، وقد أصبحت هذه العلاجات أكثر شعبية حين أصبح المجتمع أقل جموداً وامتثالاً.

شعر مرضى فرويد في العادة بتوقعات أسرهم ومجتمعهم، وكانوا يشعرون بالتوتر حين لم يستطيعوا أن يحققوها، أما في أوائل القرن الحادي والعشرين فهناك احتمالية أكبر أن نعاني من انعدام الهدف والفراغ بدلاً من الإحساس بالذنب إن لم نحقق توقعاتنا، وحين أصبح الاغتراب والارتباك شكاوى أكثر تكريراً أصبحت العلاجات النفسية أكثر تنظيماً؛ لها حدودها وأطرها.

تمتزج هذه العلاجات التي تركز على الوقت الحاضر مع حركة النمو الذاتي، فمن الصعب أحياناً أن تحدد ما إن كانت مجموعةُ نمو ذاتي أو مجموعةُ مواجهة علاجاتٍ لخفض المعاناة أو تمارين لزيادة السعادة الشخصية وتحقيق الذات. ربما لا يهم الهدف منها بقدر أهمية من الذي يحظى بها؛ وليس هناك إلا شكٌ ضئيل في أن المرضى النفسيين المكتئبين ذوي المعنويات المحبطة ينتفعون كثيراً من مثل هذه الأنشطة التي ترفع المعنويات وتزيد الثقة بالنفس، ففي علاج امرأة شابة تؤذي نفسها يكون الترميم المباشر للثقة بالنفس غالباً التدخلَ العلاجي الأنجع.

تتعرض العلاجات النفسية الدينامية في حقل الطب النفسي اليوم للهجوم بسبب الأبحاث غير الكافية التي تُظهِر فعاليتها، كذلك فإن الحاجة إلى علاج تدريبي شخصي وإشراف مستمر يمكن أن يقوض موضوعيتها ويجعل منها أشبه بـ «ممارسة خاصة» من أن تكون مهنة. أجريت بعض الأبحاث على العلاجات الدينامية قصيرة المدى والنتائج جيدة بشكل عام، مع هذا فهناك حاجة لدراسات

أكثر تفصيلاً لمعرفة أي من أجزائها فعال وأي منها زائد عن الحاجة، لكن فرصة مثل هذه الأبحاث ربما تكون قد انتهت، فعدد من الخصائص المهمة للعلاجات النفسية الدينامية أصبحت معتادة جداً (كما في علاجات النوع أ والنوع ب) بحيث إنه يصعب فصل أجزائها الفاعلة وتقويمها.

شدة النقد هذه ليست مستهجنة، فقد غالى التحليل النفسي بصورة مخجلة في الترويج لطرقه في أمريكا (الشمالية والجنوبية)؛ واستبعد بين 1940 و1970م كل التوجهات العلاجية الأخرى خارج الرعاية الصحية النفسية فعلاً؛ اعتقد العديد من الناس أن الطبيب النفسي كان محللاً نفسياً. أما المرضى الذهانيون الذين لم يقدم لهم المحلل إلا النزر اليسير فكانوا مهملين، كما كانت مهملة المهارات الأساسية للتشخيص والعلاج. اتَّهم النقاد الطب النفسي الأمريكي في هذه الفترة، مع مكانته الرفيعة وتوسع العاملين به، بأنه ببساطة أدار ظهره للعلم، وللمرضى النفسيين المصابين باضطرابات جسيمة. حاول الرئيس كيندي أن يعيد توجيه المهنة في بداية ستينيات القرن العشرين لكن من دون جدوى، واحتاج الأمر إلى الثورة الدوائية في العقد التالي لتحقيق ذلك. تمكن الطبُ النفسي الأكثر علمية ونقداً للذات والمكرس لتأسيس ذاته بأدلة بحثية راسخة أن يأخذ بثأره من التحليل النفسي (وقد يقول بعضهم إنه ابتدأ الآن في إظهار الغطرسة نفسها: الفصل السادس).

العلاجات النفسية الأحدث والإرشاد

شهدت السنوات الأربعون المنصرمة تطور سلسلة كاملة من العلاجات الحديثة التي تختلف جذرياً عن سابقاتها، فهي تبدي اهتماماً أقل بكثير بفهم ماضي المريض، ويكون المعالجون بها عادةً أكثر مباشرةً، فهم يعطون توجيهات وآراء؛ ويشجعون المريض على أن يستمر في التعبير عن نفسه. وتشمل العديد منها تمارين محددة و«واجبات منزلية» تُراجَع في الجلسات، وتستمر لأشهر وليس لسنوات، وترفض الغموض الشائع في العلاجات النفسية الدينامية.

يُعَدُّ الإرشاد المرتكز على الشخص (يسمى غالباً الروجري) واحداً من هذه العلاجات. والفرق بين الإرشاد والعلاج النفسي متباين وملتبس، فالإرشاد يُوفَّر في أوقات الأزمات الشخصية للأفراد الذين لا نعدهم عادةً «مرضى»، لذا تستخدم فيه كلمة «عميل» بدلاً من «مريض»، وأهدافه أكثر تواضعاً من العلاجات الرسمية، ويركز على سمات المعالج الجيدة لتوفير «مساحة آمنة» للعميل ليستكشف كربه، ولا يُوجِّه المعالِج به حقيقةً، فنادراً ما يعطي آراء أو ينصح المريض لكنه غالباً ما يكرر ببساطة جملة العميل الأخيرة مشجعاً إياه على الاستمرار في تأمله. وتحظى مهارة الإرشاد بتقدير كبير من العاملين بالصحة النفسية ومن المرضى أيضاً.

علاجات الأسرة والأنظمة والتدخل وقت الأزمات

تعد علاجات الأسرة مهمة، وتحديداً في علاج الأطفال المصابين بأمراض نفسية. لا يرى معالجو الأسرة أن العائلة هي الملامة على المرض (الفصل الخامس)، ولكن ربما يكون من المستحيل أن يتحسن المريض من غير أن تغير الأسرة بأكملها من طريقة تعاملها. ففي القهم العصبي، على سبيل المثال، ربما تصبح العائلة قلقة جداً حيال حالة ابنتها إلى درجة تجعلهم يحرمونها من حريتها في أخذ المخاطرة الشخصية الضرورية لكي تنمو وتنضج، وقد يحتاجون إلى مساعدة ليرفعوا عنها أيديهم وليتحكموا بقلقهم. يحدث الأمر ذاته أحياناً مع المرضى البالغين إذ يساعد العلاج الأسري الأزواج غالباً على أن يفهموا الأنماط الهدّامة في علاقاتهم. ويعتمد العلاج الأسري عادةً على مقاربة «الأنظمة» التي فيها تكون الأسرة كلها محطَ الاهتمام وليس الأفراد.

يستعمل أسلوب «الإدارة الأسرية السلوكية» لمساعدة عوائل المرضى المصابين بالفُصام العقلي، فانتكاسات المرض تكون أكثر تكريراً لو كان المريض يعيش في أسرة عالية العاطفة؛ وبخاصة حين يكون سلوكهم متوتراً أو ناقداً، ربما يكون صعباً جداً على الأسرة أن تتجنب هذا، لذا يتعرَّف العلاج على بؤر التوتر في العلاقات ويساعد على إيجاد حلول بديلة (كأن يذهب الشخص إلى غرفة أخرى بدل أن يواجِه). قلَّلَ هذا الأسلوب من معدل الانتكاسات كثيراً لكنه علاج طويل الأمد وشديد الصعوبة.

نتطرق إلى العلاج وقت الأزمات هنا مع علاجات الأنظمة لأنه يتعامل مع المشكلات العاجلة، فأنت لا تذهب عميقاً في وقت الأزمات أو في العلاج الأسري لإظهار المشكلات ، فهي هناك أمام ناظريك. والعلاج وقت الأزمات درامي، وقصير الأمد، ويتعامل مع العواطف الجياشة، ولا يلتفت إلا قليلاً إلى نشأتها. وبينما تعد العلاجات الأسرية راسخة على وجه العموم، هناك شك في فعالية العلاج وقت الأزمات؛ في الحقيقة تظهر الأبحاث أن التدخل وقت الأزمات الاعتيادي بعد الإصابات ربما يجعل الأمور أسوأ، ولا يُنصح به حالياً في حقل الطب النفسي في المملكة المتحدة، إذ يفترض أنه يعيق العمليات الصحية للنسيان والمضيّ قُدُماً.

العلاج السلوكي

تختلف مبادئ العلاج السلوكي عن مبادئ العلاج النفسي الدينامي أشد الاختلاف، فهي تعتمد على نظرية التعلّم وتُقصِي «الوعي» من المعادلة، فالتغيير يُفسَّر بالتعلم الانعكاسي. طوَّر بي أف سكينر ملاحظات بافلوف حول الاستجابات المشروطة في كلابه ليُدرِّب الجرذان على سلوكات معقدة. فعلَ هذا عن طريق مكافأة السلوك الذي يرغب به و«معاقبة» السلوك الذي يريده أن يتوقف، فالسلوك «يتشكّل» في خطوات صغيرة، واحدة بعد الأخرى، (إشراط إجرائي). والعلاج السلوكي فريد في أن الشخص ليس عليه أن يوافق أو حتى يعرف ما الذي يدور من حوله، فالتعلم بكامله لا واعٍ.

قد يكون العلاج السلوكي فعالاً بشكل مذهل؛ فكِّرْ في مدى سهولة أن تقود دراجة هوائية مع أنه من المحتمل أنك لم تتعلم قيادتها «بوعي»، فأنت تحاول فحسب وفي كل مرة تخطىء يوازنك جسمك،

وأنت الآن ماهر جداً. يعمل العلاج السلوكي بهذه الطريقة، وقد أثبت جدواه وبخاصة في علاج الأفراد الذين يعانون من إعاقات التعلم ومع الأطفال. والمثال البسيط للإشراط الإجرائي استخدام نظام الجرس واللبادة في علاج التبول الليلي (تبليل الفراش)؛ يُقرَع جرسٌ بمجرد أن تتبلّل اللبادة، فيوقظ المريض، ومع الوقت يبدأ الطفل (عادة ما يكون ذكراً) في الاستيقاظ حين تمتلئ مثانته، لأن الإحساس بالامتلاء يرتبط بالجرس وبالاستيقاظ. يستخدم هذا العلاج الفعّال بنجاح وعلى نطاق واسع بالرغم من أن الحالة قد تكون جينية في أساسها.

يستخدم العلاج السلوكي بكثرة لعلاج الرُهابات واضطراب الوسواس القهري؛ يُعرَّض المريض تدريجياً للمؤثر المُخيف (مثل أن يُفرَك الوسخ على يد شخص مصاب بوسواس يدور حول الميكروبات) فيما يراقب قلقه بحيث يُضمَن أن يكون محتملاً. ما زال المعالجون السلوكيون في الممارسة العملية يأخذون تاريخ المريض المرضي بالتفصيل لأن المرضى سيوقفون العلاج إذا لم تتوافر العلاقة العلاجية الجيدة.

العلاج المعرفي السلوكي

يمكن أن يعد العلاج المعرفي السلوكي امتداداً متطوِّراً للعلاج السلوكي، أو تعديلاً للعلاج النفسي الدينامي؛فهو يقع في منطقة ما بين نوعيْ العلاج هذين. طوَّره الطبيب النفسي المتدرب وفق طريقة التحليل النفسي آرون بِك الذي لاحظ أن بعض المرضى لم يتحسنوا بالتحليل، وهؤلاء في العموم أشخاص يرغبون في السيطرة على أعراضهم أكثر من فهمهم لها. أقنعته أبحاثه أن ما يأسر المرضى هو أفكارهم المرضية اللاواعية لا مشاعرهم، وطوَّر علاجاً يُمكِّن المريض من التعرف على «الأفكار التلقائية السلبية» (الأفكار والنتائج الناقدة للذات والمُحبِّطة) ويدرِّبه على أن يتحدى هذه الأفكار مباشرةً ويعارضها.

تركز طريقته على «الحوار السقراطي»؛ اعتقد الفيلسوف الإغريقي سقراط أن كل ما تحتاجه لتعلّم الحقيقة هو أن تستمر في طرح الأسئلة الصحيحة وستنبع الإجابات في نهاية المطاف من داخلها. لذا فحين يعبر المريض عن شكه المرضي، مثل «أخطأت اليوم في العمل، ضاع مستقبلي»، يسأله المعالج ليشرح» «حسناً، أخطأتَ لكن اشرحْ لي لماذا ضاع مستقبلك». فهو يناقض الأفكار بواقع الحال؛ «اشرح لي إذاً كيف رُقِّيتَ في عملك، بالرغم من هذه الأخطاء؟» ويعد العلاج المعرفي السلوكي الآن جزءاً مهماً من الممارسة الطبية والتدرّب وجزءاً أساسياً في علاجات الاكتئاب والقلق. ويُستخدَم بتزايد في عدد واسع من الاضطرابات بما فيها الفُصام العقلي الذي تكون فيه الهلاوس أو الأوهام مستعصية على العلاج، وفي الاضطرابات العضوية التي تضم أعراضاً نفسية مهمة.

مساعدة الذات

قد لا تكون حركة مساعدة الذات (مدمنو الكحول المجهولون، مراقبو الوزن، رابطة الاكتئاب) جزءاً من الطب النفسي، لكنها بجميع أشكالها تستخدم ما تعلمته من العلاج النفسي بالإضافة إلى أمور أخرى. مَنْ بإمكانه أن يقدم تعاطفاً مناسباً وتقديراً غير مشروط أفضل من شخص مرَّ بالحالة؟ ومن الأقل توقعاً أن يدين المريض؟ ومن أفضل مصدر للتعاطف غير التملكي من الذي مرَّ بالمعاناة وأحس بالمشاعر الحقيقية؟ تُمثِّل مجموعات مساعدة الذات حركة شعبية في عصرنا؛ فهم يفرِّجون الكروب ويحاربون العزلة ويقللون من الوصمة. تتوافر كتب مساعدة الذات، والتطبيقات، والتعلم المعتمد على الإنترنت، بتزايد لمساعدة المصابين بالاضطرابات الشائعة مثل القلق والاكتئاب، ومن المبكر جداً أن نحكم على تأثيرها المستديم، لكنها بالتأكيد تحظى بدعم الجماهير.

يبدو غريباً أن يظل العلاج النفسي بعد مئتيْ سنة من الطب النفسي مقتصراً على ذاته؛ هل يمكن اعتباره منفصلاً فعلاً عن الطب النفسي، أو اعتبار الطب النفسي منفصلاً عنه؟ كان العلاج النفسي سمةً مُعرِّفة بحرفة الطب النفسي، فهي أساسية للطب النفسي كما إن الجراحة أساسية للجراحين والتوليد أساسيٌّ لأطباء الولادة. قضى أطباء المصحات قبل 150 سنة وقتهم يتكلمون مع المرضى المكروبين ليفهموهم ويريحوهم ويحرِّروهم، وفي النصف الثاني من القرن العشرين كانت هذه العلاقة الشخصية هي ما جذبت أغلب العاملين في المهنة. ومع هذا، فهي تُعَدُّ في القرن الحادي والعشرين بازدياد أنشطةً موازية؛ هل يتغير الطب النفسي في جوهره؟ هل سيقتربان من بعضهما بعضاً مرة أخرى أم سيسير كل منهما بتزايد في دروب مستقلة؟ سيشغل بعضٌ من القوى الدافعة للتغيير اهتمامنا في الفصل السابع.

الفصل الخامس
الطب النفسي تحت الهجوم من الداخل والخارج

لقد كان الطب النفسي جدلياً دائماً؛ فلم يكن هناك أبداً «عصرٌ ذهبي» من السلام والهدوء أُعجِب به الجميع. ربما تكون قد ابتعثَ هذا الكتاب بعد بعض النقاش عن صحيح الطب النفسي وباطله، فلأنه يتعامل مع العقل ولأن الأطباء النفسيين يتجاوزون رغباتنا، فإنه لا محالة يثير بعض الريبة والخوف. لا يمكن أن نعزو هذا ببساطة إلى الجهل، بحيث إنه لو عرف الناس أكثر فلن يقلقوا. هناك أسئلة جوهرية ينبغي أن تُسأَل عن الطب النفسي؛ عن شرعيته كتخصص طبي، وكذلك عن طرق ممارسته. تُولِّد كل فروع الطب المعاصر تحديات وجدالات أخلاقية، وقد أخذ الطب النفسي أكبر من حصته منها (الفصل السادس). يركِّز هذا الفصل على المتناقضات المتأصِّلة في الطب النفسي التي تنبع من طبيعته ذاتها وليس من طرق ممارسته.

ثنائية العقل - الجسم

يُلام الفيلسوف الفرنسي رينيه ديكارت (1596-1650م) عادةً على الكيفية التي نفصل بها العقل عن الجسم في الفكر الغربي، والتي يُشار إليها غالباً بـ «الثنائية الديكارتية»، فجملته «أنا أفكر إذاً أنا موجود» لاذعة وغير قابلة للنسيان؛ فهي تعبِّر عن شكّه في أن نعرف العالَمَ المادي بأي درجة من اليقينية. لماذا يُلام ديكارت مع أن هذا السؤال شغل معظم الفلاسفة؟ لم يخترع ديكارت مشكلة العقل، لكنه ببساطة وضعها بشكل لا ينسى وبقيت غير قابلة للحل بعد 350 سنة. لا تزال ماهية العقل وكيفية تفاعله مع العالم المادي أموراً غامضة. يرى أغلبنا أن هناك اختلافاً حقاً، ويوافق أغلبنا أن هناك تفاعلاً بينهما فعلاً. علينا أن نؤمن أننا نستطيع أن نؤثِّر على العالم المادي بشكل مباشر (مثال: يمكنني أن أثق بأنني أستطيع فعلاً أن أحرك يدي إلى الأمام وأطبع على حاسوبي).

نحتاج أيضاً إلى أن نؤمن أننا نستطيع أن نعرف عقول الآخرين (مثال: أنا متأكد أنك ستذهب إلى المكتبة أو ستُسلِّم مقالك)، فمن غير هذه الاعتقادات سنكون مشلولين عمليّاً.

لا يمكن تفادي مسألة العقل -الجسم في الطب النفسي، فالعلاقة بين العقل والدماغ هي المشكلة؛ سيكون الأمر بسيطاً لو اختص الطب النفسي فقط بـ «أمراض الدماغ» بالطريقة نفسها التي يختص بها طب الكلى بأمراض الكلى أو طب القلب بأمراض القلب، لكنه ليس كذلك. يختص الطب النفسي بالأمراض «النفسية»، وفي حين تتضمن بعض الأمراض النفسية بوضوح اضطراباتٍ دماغية (مثل الاختلال في المواد الكيميائية الناقلة بين الخلايا العصبية في الاكتئاب والفُصام العقلي) فإن أمراضاً نفسية أخرى لا تتضمن ذلك. وعلاوة على ذلك، ليس كل أمراض الدماغ أمراضاً نفسية؛ فالتصلّب المتعدّد والشلل الرُعاشي أمراضُ دماغ لكن أطباء الأعصاب هم من يعالجها وليس الأطباء النفسيون، وندعوها أمراضاً عصبية لا أمراضاً نفسية. وهذه الأمراض العصبية مثلها مثل الأمراض العضوية الأخرى تُسبِّب مشكلات نفسية غالباً. وتتضمن عدةُ اضطرابات نفسية أعراضاً عضوية (مثل الإعياء والألم)، كما تتضمن بعضُ الاضطرابات العضوية أعراضاً نفسية (مثل الاكتئاب والقلق، وحتى الهلاوس).

باختصار، يكمن الاختلال الرئيس في الأمراض النفسية في الأفكار، والمشاعر، والسلوك (الفصل الأول). وأحد التصورات الخاطئة الشائعة أن الأمراض العضوية لها أسباب عضوية وعلاجات عضوية، وأن الأمراض النفسية لها أسباب نفسية وعلاجات نفسية؛ فالأمراض النفسية يمكن أن تكون أسبابها عضوية ويمكن أن يكون لها علاجات عضوية (مثل الاكتئاب المُسبَّب بمرض الشلل الرعاشي والذي يعالج بمضادات الاكتئاب) وتظل «أمراضاً نفسية». هذا التقسيم عمليٌّ لكنه ليس مُرضِياً فلسفياً، ويقوم على الاختلالات الرئيسة والمهارات اللازمة لعلاجها. كان شعار «الأمراضُ النفسية أمراضُ دماغ» شعاراً شائعاً بين بعض الأطباء النفسيين ومجموعات المرضى في تسعينيات القرن العشرين، وكان هدفه التأكيد على المشابهة بين الأمراض النفسية والعضوية، ما يؤمل أن يقلل من الوصمة واللوم. وبالرغم من أهدافه المثيرة للإعجاب فإنه تبسيط مخل، وقد فشل في حصد الإقناع الكامل: صارع الطب النفسي مع هذا الغموض في ساحتيْ معركة رئيستين.

الطبع مقابل التطبُّع: هل تسبب الأُسَر المرضَ النفسي؟

سواء أكنا طوالاً أم قصاراً، جيدين في الرياضة أم لا أمل لنا فيها، يؤمن معظمنا أننا نتشكل بتفاعل بين جيناتنا (الإمكانات البيولوجية التي نولد بها) وتنشئتنا (غذائنا، نمط تمارييننا، وحتى نوع المدرسة التي انخرطنا فيها)؛ لا جدل في هذا. لكن النزاع يبزغ في اللحظة التي نتماس فيها مع علم النفس أو السلوك. فهل معدل الذكاء موروث أم يستطيع أي أحد أن يفلح لو مُنِح فرصاً متشابهة؟ هل الشخصية أو الإجرام شيء نولد به أم نستطيع تغييره؟ هل نستطيع أن نتجنب الاكتئاب بالحياة الصحية؟ يوجد قليل من الأمور التي تستقطبنا بشدة مثل ما يفعل اعتقادنا بمدى قابلية الطبيعة البشرية للتشكيل، وليست الاختلافات هذه مجرد نقاشات أكاديمية جافة بل تُغذِّي (وتتغذّى بـ) اعتقادات سياسية واجتماعية تعكس رؤانا المختلفة جوهرياً عن العالَم.

التزم الطب النفسي في بدايته معسكر «الطبع»؛ تُورَّث الأمراض النفسية وكذلك أوجه ضعفنا في الأسر، ودورنا أن نُخفِّف منها جاعلين الحياة ممكنة وآملين في تعافٍ سريع. غيَّر فرويد وأتباعه كل هذا، وأثقلوا كفة «التطبع». يعتمد التحليل النفسي بصرامة على الاعتقاد أن ما يحدث لنا في الحياة المبكرة وذكريات هذه التجارب، سببُ كثيرٍ من الأمراض، وبطريقة أكثر إقناعاً أظهر فرويد أن التصدي لهذه الذكريات يمكن أن يبرئ بعض الأمراض النفسية، لذا فالتاريخ الشخصي للفرد ليس مجرد إطار لفهم مرضه بل يحتمل أن يكون سبباً له.

ساد التحليل النفسي التفكيرَ والتدريبَ النفسي من أربعينيات القرن العشرين وحتى سبعينياته، وجاذبيته للأميركتيْن ليست مستغربة، فقد تأسست مجتمعاتها بأولئك الذين فرّوا من أوروبا ذات الأنظمة الاجتماعية الأرستقراطية الجامدة. رفض هؤلاء الذين هاجروا للغرب هذا التسليمَ واغتنموا الفرص لتشكيل مستقبلهم الخاص، لذا حدث هذا الانجذاب لعلمِ نفسٍ يجسّد هذه القدرة على النمو، حيث يمكن للفرد أن يتجاوز المآسي الفردية ويصيغ قدره الخاص. ازدادت أهمية التطبّع والتجارب الشخصية مع الإصابات في الحربين العالميتين كلتيهما (الفصل الثالث). وضمن ظهور السياسات النازية المُحسِّنة للنسل والمُتعصِّبة (وتشمل تصفية المرضى النفسيين «المتدنِّين جينياً») في النهاية استعلاء أخلاق التطبّع.

تكمن جاذبية التطبّع في أنه يَعِدُ باحتمالية علاج أكبر؛ إذا كانت العلاقات هي التي تسبب الأمراض النفسية في جوهرها، فحينها يجب أن تكون قابلة للعلاج بوساطة العلاقات (أي العلاج النفسي). يكمن الخطر في هذه النظرة في احتمالية إلقاء اللوم؛ لوم الأبوين بالتحديد. أدرك فرويد بنفسه هذا سريعاً حين بدأ في الشك في أن ما يدّعيه المرضى من إساءات جنسية فعلها آباؤهم ليست صدمات كامنة وراء الإضطرابات العصابية بل تخيلات مُسقَطة. أشار عالم الأمراض النفسية الألماني جاسبرز إلى أنه من الجوهري أن نفهم الأهمية الشخصية للأعراض إلا أنها لا تشرح ما سبَّبَ المرض، لكن التفريق الدقيق هذا لم يَسِمْ هذا الجدل في عمومه.

أسباب الفُصام العقلي

احتدم هذا الجدل بضراوة في أسباب الفُصام العقلي. لوحظ دائماً أن الفُصام العقلي ينتشر في الأسر، وبدت هذه الأسر أحياناً «غريبةً» (غريبة الأطوار غالباً أو منسحبة اجتماعياً). وعادة ما تُظهِر هذه الأسر كذلك علاقاتٍ متوترة أو مُتدخِّلة أكثر من اللازم. يظهر الفُصام العقلي في التفكير والروابط، لذا فمن المعقول أن تكون هناك علاقة سببية بالتنشئة، فالحياة الأسرية تقوم بعد كل شيء عبر التفكير والمشاعر والروابط، وتُجهِّز الطفل النامي بالمهارات اللازمة في هذه المناطق. ولَّدَت ممارسة التحليل النفسي على الفُصام العقلي (والتي كان فرويد يعارضها بشدة) نظريات تخمينية، بقيت بعضها مؤثرة.

«الأم المُسبِّبة للفُصام»

كانت النظرية الأسوأ (وربما الأكثر إضراراً) نظرية الأم الباردة والعنيفة لكن المُتحكِّمة: «الأم المُسبِّبة للفُصام»، التي افترضتها المحللة فريدا فروم-رايخمان، التي عملت في التحليل المكثَّف طويل المدى مع مرضى الفُصام العقلي الداخليين في الولايات المتحدة الأمريكية. وصفت جوانا جرينبرج علاجاً فريداً لها في روايةِ سيرةٍ ذاتيةٍ التي كانت من أفضلَ الكتب مبيعاً بعنوان لم أَعِدْكِ بجنة ورود.

كانت الأم المُسبِّبة للفُصام ذات شخصية قوية لكنها باردة ورافضة وتُعلِّقْ المريض بها، وتكبح نمو استقلاليته الصحية وإحساسه بالذات. فُهِم الفُصام نتيجة لذلك على أنه اضطراب «نمو ذاتي» فيه تلتبس الحدود الشخصية (لذا كان اللبس بين الخبرات الداخلية والخارجية في الهلاوس). إن استنتاجات فروم-رايخمان غير معقولة بالمقاييس الحالية؛ بنتها حصرياً على مقولات المرضى، ونادراً ما كانت تجتمع بالأمهات أو تقابلهن. وبالرغم من رفض مهنة الطب النفسي لهذه النتائج مبكراً، استمر الاعتقاد بأن الأمومة الخاطئة يمكن أن «تسبِّب» الفُصام العقلي، وأدّى هذا بالآباء والأمهات إلى لومٍ غير متناهٍ لأنفسهم، وفي بعض الحالات إلى رفضِ متخصصي الصحة النفسية لهم وإقصائهم.

«الرباط المزدوج»

نظرية «الرباط المزدوج» واحدة من أقدم النظريات التخمينية لأسباب الفُصام. اقترح عالم الإنسان غرِغوري باتِسون أن التواصل الخاطئ منطقياً والمتضاد والدؤوب مع الطفل هو الذي يمنعه من الإحساس السليم بذاته وبعلاقاته بالعالم الخارجي. بزغت فكرة باتسون من قانون رياضي يقول إن العدد الذي يصف مجموعةً من الأعداد لا يمكن أن يكون نفسه ضمن هذه المجموعة، لأنه من «رتبة مختلفة منطقياً». وحاجج أنه توجد في التواصل مستويات متشابهة لكنها مختلفة منطقياً: حين نبعث رسالة إلى بعضنا بعضاً فإن جزءاً من الرسالة (غالباً بطريقة غير لفظية غامضة) يُحدِّدُ كيف يجب أن تُفسَّر الرسالة الرئيسة؛ سَمَّى هذه «تواصلات فوقية» (أي تواصلات عن التواصلات). كانت هذه التواصلات عادة انفعالية وغير لفظية وتتحكم بافتراضات الأسرة بقوة (مثال: «لا يمكن للأم إلا أن تحب أطفالها وتشعر دائماً بإيجابية إزاءهم»).

سمَّى باتسون التواصل رابطاً مزدوجاً حين تكون فيه الرسالة غير اللفظية والرسالة اللفظية متناقضتين (مثال: أم غاضبة جداً تقول إنها لا تهتم بتاتاً أن طفلها كسر كأساً وتمدُّ ذراعيها لتعانقه). يتطلب الرابط المزدوج ثلاثة أجزاء: رسالة واضحة بسيطة، وتواصلٌ فوقيّ مضاد، ورفض الأسرة أن تعترف بالتضاد. ويشكل هذا الإنكار للتناقض في البيئة الأسرية ظاهرة مرضية. بيد أن الأسر جميعها بعد كل شيء تعطي رسائلَ متضادة وملتبسة: استخدِمت نظرية «الرباط المزدوج» بشكل فضفاض لكل تواصل متضاد، مع أن فكرة باتسون كانت أكثر محدودية بكثير.

إن هذه النظريات مرفوضة الآن قطعياً؛ استمع باحثون مستقلون لتسجيلات أسرٍ تضمّ مرضى فُصام وأخرى لا تضم، وصنفوا حدوث الروابط المزدوجة، وقابلوا أسراً وصنَّفوها حسب البرودة، والعنف، والتدخّل المبالغ فيه، إلخ، ولم يجدوا ببساطة أيَّ اختلافات. ومع هذا فدراسات التبني هي التي أطلقت رصاصة الرحمة على هذه النظريات، فأطفال الأمهات اللواتي يعانين من الفُصام الذين تتبناهم بعيداً عنهن منذ الولادة أسرٌ سليمة يطورون الفُصام العقلي حين يكبرون بمعدل مساوٍ لو أنهم تربّوا مع أمهاتهم البيولوجيات. وبالمثل، يُظهِر التوائم الذين تتبناهم أسرٌ مختلفة بعيداً عن بعضهم بعضاً منذ الولادة ، المعدلات الثابتة نفسها للتوائم المتطابقين وغير المتطابقين في أن يصبحوا مرضى. بالطبع لا تعد أي من احتمالية الإصابة هذه قاطعة، وللتنشئة والبيئة كليهما تأثيرٌ مهم.

وفي حين استُبعِد قطعياً تأثيرُ الأسرة على أنه سبب رئيس للفُصام، يبقى أن الأسرة تؤثر في مسار المرض، فالمرضى في الأسر مرتفعة الانفعالية ينتكسون أكثر. يمكن بالطبع أن يُعزى الأمر إلى أن الأسر التي تضم مرضى بأمراض جسيمة تصبح مضغوطة أكثر وضاغطة أكثر (الفصل الرابع)، ومع هذا فإن تدريب الأسر على الاستجابة بطريقة أقل انفعالية يُقلِّل فعلاً من معدل الانتكاس، لذا فـ «المشاعر المبالغ في التعبير عنها» يمكن أن يكون لها تأثيرٌ مباشر.

الضغط الاجتماعي وضغط الأقران

في حين أقصيت فكرة الأسر المسببة للمرض النفسي، فإن التأثيرات الاجتماعية الأوسع تتلقَّى اعترافاً متزايداً. فعلى سبيل المثال، انتشر ازدياد معدل اضطرابات الأكل (القُهام والنُهام) من الغرب، متأثِّراً بالمثال الثقافي للنحافة. ويتأثر تفشي إيذاء الذات (خصوصاً بالجرعات الزائدة وجرح الجسم عند الشابات) بجلاء بقيم المجموعة وتوقعاتها. وغالباً ما يرتبط التفشي المحلي بأحداث محددة مثل محاولات الانتحار في المسلسلات التلفزيونية. كما إنَّ استعمال الكحول والمخدرات متفاوتٌ بشدة بين الدول وفيها، وتأثير توقعات المجموع واضحٌ عليها بشدة.

علم النفس التطوري

أعيد إحياء جدل الطبع والتطبّع حديثاً بظهور علم النفس التطوري؛ قاد فهمٌ أكثر تقدُّماً للتطور الدارويني (بقاء الأصلح) إلى نظريات عن قيمة تطورية محتملة للسمات التي تكمن وراء الاضطرابات النفسية. يتنبأ الفهم الدارويني المُبسّط بأن الأمراض النفسية يجب أن تقلِّل من فرص البقاء وعليها أن تندثر، لكن مبدأ «الصلاحية الشاملة» يؤكد أن القيمة التطورية تعتمد على ما إن كان للنسل ككل احتمالية أكبر للبقاء، وليس للفرد بنفسه.

افترضت نظرية الألعاب البيئية بعضَ الفوائد التطورية من الأمراض النفسية؛ ترى هذه النظرية أن مزايا أي سلوك وعيوبه يعتمدان على سلوك أعضاء المجموعة الآخرين، لذا يمكن أن يُنظَر إلى الاكتئاب على أنه استجابة آمنة لـ «الخذلان» في مجموعة تراتبية لأنه يعزل الفرد، ولذا يحميه من الصراع في أثناء تعافيه. بالمقابل يُفترَض أن الهوس بتفاعلاته الموسعة وزيادة النشاط الجنسي استجابةٌ على النجاح في النزاع التراتبي؛ تعزز انتشار جينات الفرد المصاب به. تلاحظ السلوكات المشابهة للاكتئاب والهوس الخفيف بجلاء عند الرئيسات (الثدييات)، وتتباين ارتفاعاً ونزولاً في التسلسل الاجتماعي الذي يحكم حياتها.

افتُرِض تكهناً أن الفُصام العقلي بانسحابه الاجتماعي وعزلته يعمل على الحماية من الأمراض الوبائية والمعدية، أو أنه تأقلمي في المواطن النائية ذات مصادر الغذاء الشحيحة والسكان المبعثرين. لا يزال علم النفس التطوري مثيراً للجدل كثيراً، فبعض النظريات المتعلقة بالجنس تبدو كما لو أنها تعطي العذر للرؤى العالمية الاستغلالية المتحيزة للذكور.

لماذا تلوم الأسر نفسها؟

إذا كانت نظريات الأسرة قد شُجِبت مطلقاً فلماذا نخصص لها مساحة كبيرة هنا للنقاش؟ لأنها لا تزال تؤثر علينا كثيراً بالرغم من أن الدليل يناقضها. يبدو أن للآباء قدرة غير متناهية على لوم أنفسهم على ما حدث لأولادهم (وربما لامَ الأبناء آباءهم)؛ يبدو أننا ربما نحتاج أن نعتقد بهذا. يقول علماء النفس التطوريون إنّ الآباء يحتاجون إلى نظرة تبالغ في أهميتهم كي يستثمروا سنوات وسنوات في تربية أطفالهم؛ طوَّرْنا نظام معتقدات لنشرح لأنفسنا سلوكنا البيولوجي المُبرمَج، والاعتقاد ما هو إلا آلية لإدامة تركيزنا في مهمتنا البيولوجية، لذا فإنه نتاج لسلوكنا وليس سبباً له.

يكمن الجانب السيىء لهذا الاعتقاد في الإحساس بالذنب واللوم؛ نعتقد أننا فشلنا إذا سارت الأمور سيئاً، فحتى حين يُصرُ المعالج قطعياً أنه يجب ألا أن يُلام أحد، تظل الأسر تشعر باللوم؛ «لو لم نتدخل كثيراً في شؤونه لكان ظلَّ بعافيته»، «تمكنت أسرٌ أخرى من أداء دورها جيداً وإلا كيف لك أن تعرف ما تنصح به؟». يشكل الشعور بالمسؤولية لبعض الأسر، بالرغم من الذنب، أمراً مرغوباً به لأنه يبث الأمل في أن يكون هناك شيء ما يمكن فعله لجعل الأمور أفضل. تبدو الثقافات المؤمنة أكثر بالقدَر أقلَّ عرضة لمثل هذا اللوم، فقد تبين أن المشاعر المبالغ فيها أقل شيوعاً في الهند منها في أوروبا.

الحركة المضادة للطب النفسي

أدت هذه الحجج عن العقل والدماغ والطبع والتطبّع إلى الهجمة «الخارجية» المشهورة والمستمرة على الطب النفسي في ستينيات القرن العشرين وسبعينياته. كانت فضائح المستشفيات النفسية في

أوائل ستينيات القرن العشرين وكتاب إرفنج جوفمان المصحات النفسية قد هيأت الأرضية لهجمة شرسة قادتها مجموعة سُمِّيَتْ «مضادةً للأطباء النفسيين». ذهبت هذه المجموعة أبعد من نقد ممارسة الطب النفسي وفشله إلى التعرض لمشروعيته ذاتها.

كمنت رسالة الحركة المضادة للطب النفسي في أن الطب النفسي لا يحتاج إلى تطوير بل إلى إزالة، ففي أفضل أحواله كان الطب النفسي مُلتبِساً ومُلبِساً، وفي أسوئها كان آلة قمع اجتماعية تتنكر في هيئة ممارسة طبية حميدة. تمثلت الحركة في ثلاثة مؤلفين يتمتعون بشخصيات جذابة، كان اثنان منهم أطباء نفسيين ممارسين، وأصبحت كتبهم أناجيل مُوجِّهة لاضطرابات الطلاب في أواخر ستينيات القرن العشرين وأوائل سبعينياته.

حاول توماس ساز، وهو مهاجر هنغاري إلى الولايات المتحدة الأمريكية، أن يثبت في كتابه لعام 1961م خرافة المرض النفسي أن «الأمراض النفسية» كانت ببساطة اختلاقاً لإنكار الحقوق القانونية للأفراد المختلفين اجتماعياً، واعتقد أن غياب علامات عضوية قابلة للقياس (مثل مستوى سكر الدم عند مرضى السكري) تعني أن الأمراض النفسية ليست أمراضاً حقيقية بل مجرد بنى اجتماعية. كما حاجج توماس بضراوة ضد العلاج القسري، ومع الفصل الكلي للطب النفسي عن الدولة، ومع إلغاء دفاع الجنون؛ ينبغي لأولئك الذين يحكم عليهم بأنهم مرضى نفسيون أن يُعامَلوا بتساوٍ مع الآخرين وأن يُحاسَبوا على أفعالهم، ويمكن للمرضى بالذهان أن يرفضوا العلاج وأن يذهبوا إلى السجن إن هم اخترقوا القانون؛ ربما عكسَ موقفه الليبرالي المتطرف ومناهضته للقسر طفولتَه تحت الاحتلال السوفييتي.

كان مشيل فوكو فيلسوفاً فرنسياً آمن أن مفهومَ المرض النفسي انحرافٌ لعصر ما بعد التنوير. رفض تصنيف الهويات، مُحاجِجاً أن وجود الجنون لا يستتبع هوية المجنون. صوَّر كتابه الجنون والحضارة ممارسة الطب النفسي على أنها قمعية ومُتحكِّمة، بدل أن تكون مُعالِجة ومُحرِّرة. كان لعمله هذا تأثيرٌ عارمٌ في قارة أوروبا (أكثر وضوحاً في إصلاحات بازاليا في إيطاليا)، لكن كتاباته مكثفة وصعبة الهضم، ويُقتَبَس منها أكثر مما تقرأ.

أما الأكثر تأثيراً والأسهل قراءة فقد كان معارض الطب النفسي آر دي لينج، وهو محلل نفسي من غلاسكو ذو عقل لامع وأسلوب نثري بليغ؛ قلب عالم الطب النفسي رأساً على عقب بسلسلة من كتبه الأكثر مبيعاً. كان رجلاً أصيلاً ومندفعاً، تغيرت رؤاه على مدى وظيفته المهنية، ومثله مثل فرويد لم يتوقف ليشرح تغيراته. كان كتابُه الأول والأكثر تأثيراً النفسَ المنشطرة: دراسة وجودية في السلامة العقلية والجنون. دعا موقفه «الظواهرية الوجودية»، مفترضاً أن التفكير الوهمي لمريض الفُصام العقلي كان ببساطة وجهة نظر مختلفة للعالم. قد يكون هذا التفكير عسيراً لكنه كان في جوهره خلَّاقاً، ويمكن فهمه بتخيلٍ كافٍ وشجاعة معنوية. ومع هذا، تهدد وجهات النظر المختلفة للعالم مجتمعنا، لذا نسعى لإنكارها بفرض تشخيص لها و«مَرضَنَتِها».

يمتلئ الكتاب بأوصاف حية للمرضى الذين عالجهم لينج، ترافقها تفسيرات مبتكرة مؤثرة جداً لمعضلاتهم، والانطباع الذي يُعطى للذُهان في كتاب النفس المنشطرة كان لفرد مُعذَّبٍ لكنه بطل، يعبر عن تجارب أصيلة حية فقط ليُقابَل برفض خائف خبيث الروح. وبالرغم من أنه لم ينكر

«معاناة» المرضى فإن نظرته للجنون كانت رومانسية، وللمفارقة زادت من التوظيف في الطب النفسي وهي تهاجمه. ومثله مثل ساز (Szasz) لم يدْعُ لينج (Laing) نفسه معارضاً للطب النفسي واستمر في علاج المرضى، بالرغم من انتهاجه طرقاً غير تقليدية.

كمنت «مرحلة» لينج (Laing) الثانية في أن الأسرة تشارك في الفُصام العقلي بإنكارها الهوية الناشئة لأطفالها؛ صوَّر كتابه السلامة العقلية، والجنون، والأسرة: أسر مرضى الفُصام، بالاشتراك مع أرون إسترسون، الفصامَ على أنه استجابة لتربية رافضة وقمعية. تضمّن هذا أصداء من الرباط المزدوج والأم المُسبِّبة للفُصام العقلي، وضرب فيلمٌ مستوحى من الكتاب (حياة أسرة، 1967م) وتراً عالمياً حساساً. استوحى لينج مرحلته الثالثة من تجاربه المكثّفة مع عقار أل أس دي، ونشر فيها سياسة التجربة وطير الجنة في عام 1967، وفيه اعتبر الذُهان رحلة استكشافية مُهلوِسة فيها تتوسع حدود الإدراك ويتمدد الوعي (اختراق لا احتراق).

كان لينج مُرشَّحاً مستبعداً لأداء هذا الدور المؤثر؛ ابتدأ طبيباً نفسياً في الجيش، وأصبح محللاً نفسياً لامعاً. كانت حياته الشخصية عاصفة بزواجات متعددة وأطفال كثر، مُجرّباً الروحانية الشرقية، وثمِلاً إلى حدوده القصوى، أما محاضراً فقد تراوح بين مُلهِم إلى ثمِلٍ جلي وغير مفهوم. وكانت له قدرة جبارة لشحن المشاعر المضادة للمؤسسة؛ فبعد محاضرة للطلاب في طوكيو في عام 1969م ثاروا وأضرموا حريقاً في بناية إدارة الجامعة! (الشكل 6). واستمر ثورياً حتى نهاية حياته في عمر الـ 62، مُدهِشاً كل من عرفه مُنغمِساً في أنشطة برجوازية مشينة للعب التنس في الريفيرا الفرنسية.

الطب النفسي الثوري والما بعدي

لم تتلاشَ المتناقضات المتأصلة في الطب النفسي والتي ولَّدت الحركة المضادة للطب النفسي في ستينيات القرن العشرين وسبعينياته. لا تزال معضلات العقل والدماغ، الحرية والقسر، والحق أن تكون مختلفاً (ربما حتى واجب أن تكون مختلفاً)، الطبع والتطبّع، أموراً عالقة معنا. والعديد من مجموعات المرضى السابقين مناهضون متشددون للطب النفسي، ويدعون أنفسهم «الناجين» بدلاً من المرضى، أو العملاء، أو المستفيدين. تسهم الدولة في ألمانيا وهولندا في توفير الملاجئ والخيم المتنقلة للأفراد الذين «فرّوا» من خدمات الصحة النفسية الاعتيادية. وربما تكون كنيسة الساينتولوجي المجموعة الأشهر المناهضة للطب النفسي. وفي حين ينصب نقدها على العلاجات الجدلّية مثل جراحة الدماغ والعلاج بالتخليج الكهربائي (الفصل 6)، فإنها ناقدة للطب النفسي بكليته.

ومع هذا، وبشكل عام هناك الآن معارضة أقل بكثير للطب النفسي كحقل طبي؛ ربما يعود هذا في جزء منه إلى الإيمان المبالغ فيه في التوسع المضطرد للتفسيرات «البيولوجية»، ويؤمل أن يجعل التطور الجيني والجينومي الأمر برمته تاريخياً. لا يزال الطب النفسي الثوري مع هذا قائماً على مجموعات من المهنيين الثائرين بحثاً عن مقاربة أكثر إنسانية وأقل تقنية والمناهضين لوصف

الأدوية المبالغ فيه. ويدل مصطلح «الأطباء النفسيون الما بعديون» على وجهة نظر مفادها أن فائدة العلمية، وبالتحديد الطب البيولوجي قد بولغ فيها وأننا بحاجة ماسة إلى نهج أكثر شخصنة وأقل تركيزاً على اليقينية والتشخيص. ومع أن هناك معارضة مفهومية أقل للطب النفسي، إلا أن هناك انزعاجاً كبيراً من جوانب مختلفة في ممارسته، وسنولي هذا اهتمامنا في الفصل السادس.

الفصل السادس
عرضة للإساءة

جدليات في ممارسة الطب النفسي

تجعل طبيعة الممارسة ذاتها الطبَ النفسي عرضة لاحتمالية الاستغلال والإساءة؛ فهي تتضمن علاقة سلطوية غير متكافئة مع مرضى هشين اعتماديين، يمكن لشكاواهم أن تُنحَّى جانباً على أنها «جزء من المرض». أضف إلى هذا طبيعة عملية التشخيص غير الموضوعية، التي تعتمد على تقويم الدوافع والحالة العقلية من دون وجود إشارات مرضية ملموسة. كذلك فإن تاريخنا لا يمدّنا بكثير من الثقة؛ كانت هناك حوادث استغلال سياسية شائنة، ونظريات رعناء، وعلاجات تبدو الآن خطيرة وهمجية. وربما تكون شفافية الطب النفسي المعاصر (من وراء جدران المؤسسات)، علاوة على وعي العامة المرتفع، والاستعداد الأكبر للاعتراف بالأخطاء إن سارت الأمور سيراً خاطئاً، هي ضماناتنا المعتمد عليها ضد الوقوع في الاستغلال. ولحسن الحظ فإن الطب النفسي منخرط هذه الأيام في الطب المستند إلى الدليل، الذي تتفوق فيه الحقائق والأرقام على النظريات والآراء. ويجب ألا ننسى حين نركز في هذا الفصل على ما يمكن أن يسير سيراً خاطئاً، أن الأمور تسير سيراً حسناً في أغلب الأحيان، وأن التطور الحادث في الطب النفسي عظيمٌ.

تكمن خطورة الطب النفسي في المخيلة الشعبية في سلطته الهائلة؛ يُصوَّر الطبيب النفسي الشرير في الأفلام وهو يتلاعب بعقول ضحاياه البائسين لمصالحه الشخصية، مستمتعاً بإيذاء المكروبين وسهلي التأثر، فالدكتور هانِبال لكتر في فيلم صمت الحملان يستخدم مهاراته الفذّة ليقرأ عقول ضحاياه حتى يوقعهم في فخه ويستغلهم، بينما يُطوِّر أطباء نفسيون في أفلام أخرى أوهامَ عظمة تدور حول استخدام سلطتهم لحكم العالم.

لا شك أن هناك حالات عاث فيها أطباء نفسيون مقتنعون بسلطتهم فساداً، وأحد الأمثلة المتطرفة على ذلك تجارب تغيير الهوية الجنسية لتتوافق مع تلك المقبولة اجتماعياً، وتشمل الأمثلة الأخرى هوس إزالة مصادر العدوى من الأسنان والأمعاء التي اعتبرت سبباً للمرض النفسي، والاستخدام بالجملة لجراحة المخ في أربعينيات القرن العشرين وخمسينياته. مع هذا فأغلب تطرّفات الطب النفسي نبعت من الجهة المضادة تماماً؛ من اعتماد الأطباء النفسيين على تدخلاتٍ حسنة النوايا لكنها يائسة بسبب إحباطهم الناتج عن فشلهم في مساعدة المرضى المكروبين جداً.

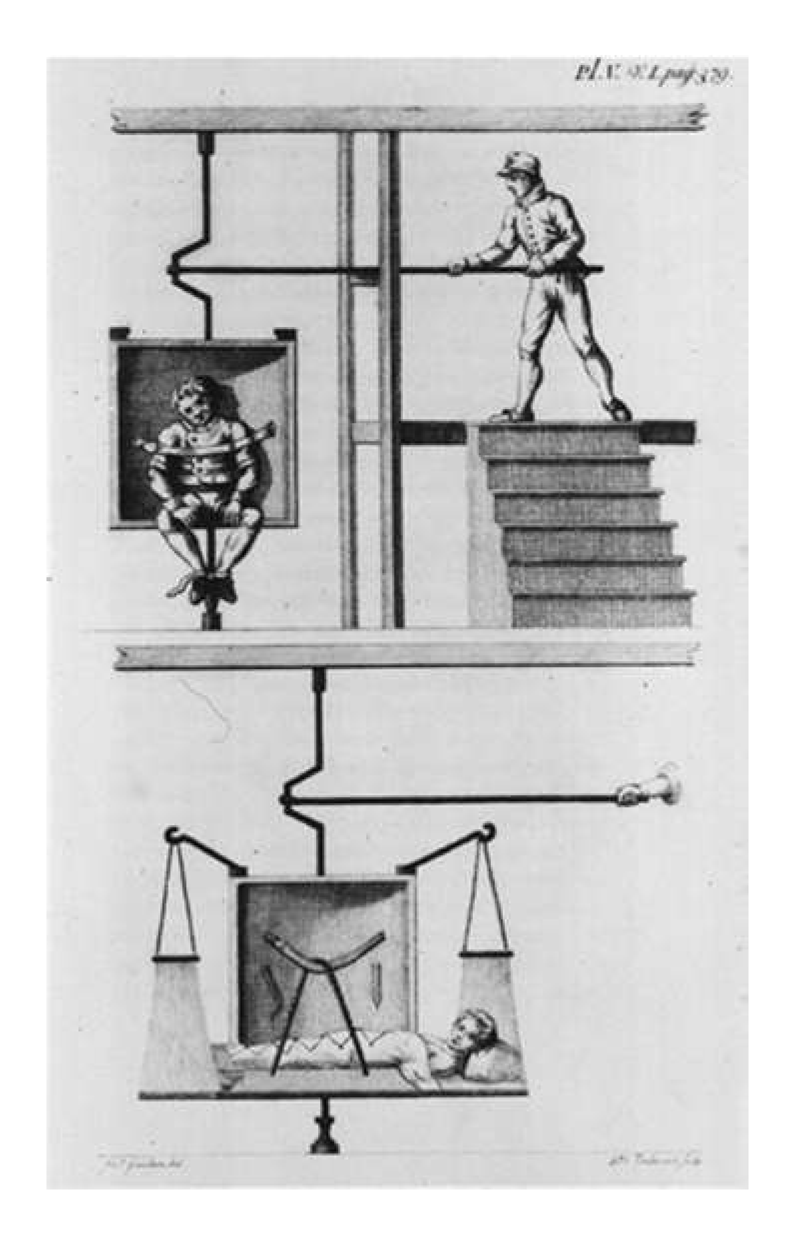
إن هذه العلاقة تتغير؛ فالمهن لم تعد بعدُ قوية جداً ولا معفاة من المسؤولة، والإذعان للسلطة واحترامها قلَّ في كل مكان، ويكمن الخطر الآن في العزلة المهنية والغطرسة أكثر مما في الإذعان الاجتماعي المُبالَغ فيه. ربما تؤدي مراقبة الأطباء النفسيين نصف المهمة؛ نحتاج إلى أن نُبقِي عيناً حذرة على شركات الأدوية المتعددة الجنسيات والحكومات ومجموعات الضغط التي تستطيع أن تتلاعب بالطب النفسي.

خطايا قديمة

يتضمن تاريخ الطب النفسي كسائر فروع الطب الأخرى ما يبدو الآن علاجات خطيرة وحتى همجية، وقبل أن نقفز إلى الأحكام يجب أن نتخيل كيف كانت الحياة آنذاك، حين كان الموت المبكر والمفاجئ خطراً جاثماً والألمُ المُبرح يجب أن يُعايَش إلى ما لا نهاية؛ كانت هناك يقينيات قليلة وعلاجات ناجعة أقل. ما كان الأطباء راغبين في فعله قبل قرنين، وما كان المرضى مستعدّين لتحمّله، يجب أن يُحكَم عليه بمعايير مختلفة جداً. أما العلاجات الشعبية للمجانين فكانت هي الأخرى أبعد من أن تكون حميدة بالرغم من ميلنا إلى تصور المجتمعات قبل الصناعية برومانسية، فربما قُبِلَ الأفراد المعاقون بل وبُجِّلوا أحياناً، لكن المضطربين أُقصُوا في أغلب الأحيان (ويعني هذا الموت غالباً) أو أسيء التعامل معهم.

استخدم الأطباء النفسيون الأوائل العلاجات الطبية الاعتيادية والمؤلمة في الغالب المتوافرة في عصرهم بما فيها التدمية، وتطهير الأمعاء، والحجامة (إلصاق كؤوس ساخنة على الظهر لـ «سحب» السموم، ومن الغريب أنها موضة مزدهرة مجدداً في الأندية الصحية). ابتعدت المصحات النفسية الأولى عن هذه العلاجات وركزت على العلاجات الأخلاقية (الفصل الثاني)، بالرغم من إجراءات يائسة مختلفة كانت تُجرَّب لتهدئة المرضى المُهتاجين؛ تضمنت هذه حمامات باردة (استُخدِمت حتى القرن العشرين)، وأجهزة مختلفة تعمل ببساطة على إرهاق المريض، مثل «الكراسي الدوارة» سيئة السمعة (الشكل 7). ومع هذا، فالخطايا الكبرى لعصر المصحات النفسية كانت تلك المتعلقة بالإهمال؛ التقييد بدلاً من عدم الاهتمام، والظروف المُهينة بالكرامة والمذِلة بدلاً من الإساءة المتعمَّدة (الشكل8).

إن الأمراض المزمنة المتقلّبة التي لا علاج ناجعاً لها عرضة تحديداً لتراكم النظريات والتدخلات المستبعدة التي هي



7. الكرسي الدوار



8. ويليام نوريس مقيداً في مصحة بدلام

خليط من اليأس والصدفة المحضة، فالتعافي التلقائي المتزامن مع علاج عشوائي يمكن أن يُؤسِّس سمعته الخاصة؛ راجت في نهاية القرن التاسع عشر إزالة أعضاء صحيحة من المرضى النفسيين (لكن ليس فقط من المرضى) لأنهم اعتقدوا أنها بؤر لـ «الإنتان» (عدوى منخفضة الشدة)؛ أزيلت آلاف الأسنان السليمة واللوز وحتى أجزاء كبيرة من الأمعاء. تزعَّم الدكتور هنري قوتون في مستشفى ترنتون ستيت في نيوجرسي هذا النهج حتى وفاته في 1933م، مدعوماً بشخصيات مرموقة في حقل الطب النفسي.

تأثير هوثورن

تكمن إحدى الصعوبات في تقويم علاج جديد في أن الجلبة والاهتمام المصاحبين له قد يقودا ذاتهما إلى التحسن، وأحدُ الأمثلة المناسبة على هذا العلاجُ بغيبوبة الإنسولين؛ كان الإنسولين الذي استخدم لمدة طويلة في الطب النفسي لتحفيز الشهية وتهدئة المرضى المهتاجين (الذين يمكن لولا هذا أن يُجوّعوا أنفسهم حتى الموت حرفياً)، واعتُقد أن جلسات العلاج بغيبوبة الإنسولين ناجعة في علاج الفُصام العقلي، وأصبحت علاجاً شائعاً رفيع الشأن من ثلاثينيات القرن العشرين وحتى ستينياته؛ كان علاجاً صعباً ومحتمل الخطر، ويحتاج إلى تمريض ماهر وحذر. كان أيضاً العلاج النفسي الأول الذي يخضع لتجربة منضبطة لفحص تأثيره؛ نُوّم نصف المرضى نوماً خفيفاً باستخدام العقاقير المُهدّئة بينما عُرّض نصفهم الآخر لغيبوبة الإنسولين، من دون أن يعرف العاملون أيّاً من العلاجين كانوا يُعطون. كانت النتائج متشابهة لكلا المجموعتين، ما عزّز نتيجة أن الاهتمام التمريضي وتفاؤل العاملين هما اللذان أحدثا الفرق وليس الإنسولين، ولذا رُفِض العلاج: يُسمَّى هذا «تأثير هوثورن» وينبغي للأبحاث النفسية أن تأخذ مثل هذا الحماس دائماً في الاعتبار.

مع هذا فيجب ألّا يُستبعَد الحماس في الطب النفسي؛ ربما يكون من المستحسن أن يُمارَس معظم الطب في إطار عقلي علمي موضوعي، لكنّ الطب النفسي يتطلب الأمل والتفاؤل من العاملين فيه، فغالباً ما يكون المرضى محبطي المعنويات وبحاجة إلى إعادة الأمل إلى نفوسهم، فالأمل علاجٌ بحد ذاته كما دلَّت دراسات العلاج بغيبوبة الإنسولين. تبيَّن أن التفاؤل يؤثّر على النتائج حتى عند مرضى السرطان والنوبات القلبية، مع هذا فيمكن أن يؤدي إلى حماس مبالغ فيه وإلى استخدام علاجات، وإن كانت ناجعة، بقدرٍ يتجاوز فائدتها.

العلاج بالتخليج الكهربائي وجراحة الدماغ

استُخدِم العلاج بالتخليج الكهربائي بإفراط بعد اكتشافه في ثلاثينيات القرن العشرين وحتى ستينياته؛ استمر استخدامه في علاج الفُصام العقلي والسلوك المضطرب بالرغم من أن نتائجه المثلى الجليّة كانت في علاج الاكتئاب. أُجرِيَ العلاج الأصلي بلا تخدير وكان يساء استخدامه أحياناً بلا شك كنوع من العقاب. والتصوير المثير والمُشوَّه، كأن يُعطَى جاك نِكلسون في فيلم تحليقة واحدة فوق عش الوقواق علاجاً بالتخليج الكهربائي بلا تخدير، لا يزال يُثير الجدل.

يكاد يكون استخدام العلاج بالتخليج الكهربائي من المستحيل في عدد من البلدان كما في إيطاليا واليونان وإسبانيا وكاليفورنيا بالولايات المتحدة الأمريكية، واقتُرِح منعه في إنجلترا وعدد من الولايات الأمريكية عدة مرات لكنه لم يُحرَّم قانونياً. كان هذا بلا شك نتيجةً للإفراط في استعماله المبكر ويراه العديد من منتقديه خطأً بلا فائدة، ومع هذا فهناك نفور من نوع ما حتى عند أولئك الذين يدعمونه، فهو يبدو مثل إساءة «فجّة» لذلك العضو الغامض والحساس: الدماغ، فالعلاج بالتخليج الكهربائي يُؤخذ على أنه إهانة لطبيعتنا ككائنات عاطفية وخلّاقة؛ وبخاصة وأننا لا نعرف كيف يعمل.

كان الأكثر ترويعاً من الاستخدام المفرط للعلاج بالتخليج الكهربائي حملةَ جراحة الدماغ التي مارسها واتز وفريمان في بدايات خمسينيات القرن العشرين في الولايات المتحدة. ظهرت جراحة الدماغ علاجاً في الطب النفسي عقب الحادثة المخيفة التي وقعت في فيرمونت في 1848م حين نجا عامل سكة حديد يدعى فينيز جاج بأعجوبة من انفجار حفر إنشاً في رأسه؛ كان الضرر الوحيد الذي لوحظ عليه بعضَ التغير في شخصيته؛ أصبح ليّن العريكة وغير موثوق به وبطريقة ما مُتهتِّكاً وقذر اللسان. جُرِّبَ لاحقاً القطعُ الجراحي للروابط الممتدة إلى الجزء الأمامي من الدماغ (حيث دخل العمود في حادثة فينيز جاج) مع عدد من المرضى في محاولة أخيرة للتقليل من القلق المزمن الذي لا يُطاق أو السلوك المضطرب. سميت هذه العملية قطع الفص الجبهي (leucotomy) في أوروبا ولوبوتومي (lobotomy) في الولايات المتحدة، واستحدثها طبيب أعصاب برتغالي يُدعى إيجاس مونيز في 1935م، وحصل لأجلها على جائزة نوبل في 1949م، وللمفارقة ظل ملازماً لكرسي متحرك منذ 1939م وحتى وفاته في 1955م بعد أن أطلق مريضٌ بالفصام ساخط عليه النار.

لا تزال الجراحة النفسية المُحوَّرة والمُختزلة كثيراً تُستخدَم اليوم لمساعدة عدد قليل من الأفراد المعاقين تماماً الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري الشديد أو الاكتئاب المزمن، ويبدو أنها تعمل بجعل المريض غير مبالٍ بأعراضه بدلاً من أن تزيلها؛ يستمر المريض في التعرض للأفكار الوسواسية لكنه يصبح قادراً على إهمالها، ويحدث مع هذا بعض التغيرات في الشخصية بعد العملية.

تثير جراحة الدماغ النفور نفسه الذي يثيره العلاج بالتخليج الكهربائي، فهي تبدو في مجملها علاجاً جراحياً وعنيفاً، وتفسير طريقة عملها سطحي وغير مقنع. طوَّر فريمان وواتز في الولايات المتحدة نسخة مُبسَّطة جداً من هذه الجراحة تحتاج فقط إلى تخدير موضعي. وبتقليلهم لمخاطر العملية أجروا 3.439 عملية في المستشفيات النفسية الكبيرة عبر البلاد، وأجريت أكثر من 50.000 عملية بين 1939م و1951م في الولايات المتحدة. أما التقنيات الجديدة فمختلفة جداً (تتضمن عادة تدمير بضعة ميلليمترات مكعّبة من نسيج الدماغ)، وتخضع لتنظيم عالي المستوى، وتجرى نادراً، ومع هذا تبقى مثل هذه الجراحات مسألةً حساسة جداً ولا يُغيِّر فيها الناس من آرائهم إلا نادراً.

الاستغلال السياسي في الطب النفسي

كانت للطب النفسي دائماً مسؤوليتان: رعاية المريض الفرد وحماية المجتمع. يجب أن تُوازَن «حماية المجتمع» هذه بحذر مع حقوق الفرد، خصوصاً حين استخدام القسر. صُنِّفَتْ الرعاية المختلفة كثيراً التي وُفِّرَت للسود في جنوب أفريقيا تحت سياسة الفصل العنصري وفي الولايات الجنوبية للولايات المتحدة في أثناء التفرقة العنصرية، على أنها استغلال سياسي. وبالمثل، يُستشهَد بالمعدل المرتفع للاحتجاز القسري للمرضى من الأقليات العرقية (وتحديداً السود من أصل أفريقي وكاريبي) في إنجلترا نوعاً من التعصب يقارب القمع السياسي.

ومع هذا كان استعمال الطب النفسي بوضوح لقمع المعارضين السياسيين أو إخراسهم في الاتحاد السوفييتي السابق استغلالاً سياسياً بلا شك؛ استخدم السوفييت تشخيص «الفُصام المتلكئ» ليعني الانعزال والغرابة المتطورين ببطء من غير وجود أيّ أعراض موجبة (هلاوس، اضطراب التفكير، إلخ)، واستُخدِم الفُصام المتلكئ لاحتجاز الأشخاص ذوي وجهات النظر السياسية المعارضة من دون أن تكون لديهم علامات واضحة لمرض نفسي. بالطبع يعارض بعض المرضى النفسيين الدولة وربما يظنون أنها تضطهدهم، إلا أن السوفييت حبسوا أعداداً ضخمة من الأفراد السليمين بوضوح في عياداتهم النفسية الجنائية: أضرَّت هذه الفضيحة كثيراً بمصداقية الطب النفسي، وتحديداً في وسط أوروبا وشرقها.

كانت إحدى النتائج الإيجابية للإساءة النفسية السوفييتية تطورُ حركة دولية في الطب النفسي لتحدي مثل هذه الممارسات؛ تزور منظمة الأمم المتحدة ومنظمة الصليب الأحمر اعتيادياً السجونَ ومراكزَ الاحتجاز وتراقبها عبر العالم، ويتضمّن هذا حالياً المستشفيات النفسية. وتَوَجَّبَ على الصين أن تخضع لرقابة دولية على تعاملها مع طائفة فالون جونج. يوفر الوعي الدولي حمايتنا الأقوى ضد الاستغلال السياسي.

طب نفسي غير محدود: تشخيص لكل شيء

أصبح الطب النفسي بؤرة اهتمام الصحة العامة؛ تُصنِّف منظمة الصحة العالمية أربعة من الأمراض النفسية ضمن الأسباب العالمية للإعاقة مدى الحياة؛ يُصنَّف الاكتئاب حالياً في الدرجة الثانية، ويُتكهَّن أن يصبح في الدرجة الأولى بحلول 2020م. كان هناك بحلول 2014 واحدٌ من كل ثمانية أمريكيين بالغين يعالجون من الاكتئاب: هل هذه أخبار جيدة أم سيئة؟ هل الاعتراف الذي تأخّر طويلاً يعكس انحسار الوصمة، أم أن الأمر عائدٌ إلى الحياة العصرية والسكّان المُعمَّرين مع وجود ضغوطات أكبر وزيادة حقيقية في الأمراض النفسية؟

هل يمكن للزيادة في المرض النفسي أن تكون خادعة في الحقيقة؟ هل توجد عوامل أخرى فاعلة، وهل يمكن للطب النفسي أن يُضلَّل إنْ لم نراقبه؟ يعمل الطب النفسي حالياً في عالم شديد الاختلاف، ونحن مسلّحون جيداً للتعامل مع فشلنا في القرن العشرين (الجهل والغطرسة المهنيين) لكن مخاطر القرن الحادي والعشرين قد تظهر أكثر مع هذا من الأطباء النفسيين الذين يتصرفون بغير قصد لخدمة أجندات آخرين (كما أكد فوكو أن الأطباء النفسيين يملكون هذه الأجندات دائماً)، لكن مَنْ غيرهم لديه مثل هذه الأجندات؟

المريض

تتبلور التشخيصات النفسية في أثناء الحوار بين المريض والطبيب؛ يبدي المريض همومه ويفحص الطبيب النفسي نفسياً هذه الهموم إزاء طيف من الأمراض التي يعرفها، وفي هذا الحوار يمكن لكلا الطرفين أن يُحدِّدا عتبة ما هو «نفسي»؛ كيف نقوم نحن الأفراد بتفسير ما نشعر به؟ ما الذي نقبل به وحسب (حتى لو كان مؤلماً وصعباً)، وما الذي نعتبره مُحتاجاً للمساعدة؟ نسعى أكثر لطلب المساعدة من المحترفين حالياً في أمور كنا سابقاً نتحمّلها أو نلجأ فيها إلى أصدقائنا وأقربائنا. تعتبر أنواع القلق جميعها، كالقلق على تنشئة الأطفال والإحباط من العلاقات والفجع والكرب بعد الصدمة، حالياً مشكلات مشروعة لطلب المساعدة المحترفة.

رفض المجتمع إخفاء المشاعر وتبنى تحقق الذات والعلاج النفسي، فأصبح نتيجة لذلك أكثر تسامحاً واحتراماً. حين تؤخذ مشاعرنا وحياتنا الداخلية بجدية فإننا نُشجَّع لمشاركتها و«نفهمها»، لذا نطلب المساعدة لفهمها والتحرّر منها.

قاد هذا إلى ازدياد هائل في طلب الاستشارات والعلاج النفسي وكذلك في طلب مضادات الكآبة والأدوية الأخرى. يصف أطباء العائلة 90 بالمئة من مضادات الكآبة في المملكة المتحدة؛ لن يقابل أغلب هؤلاء الأفراد أبداً طبيباً نفسياً وكان من الصعب قبل عقد من الزمان اعتبارهم مرضى. وليس هذا بالضرورة أمراً سيئاً، فعدد من المرضى يستفيدون من هذه العلاجات ولكنْ هناك مخاطر؛ فمع انخفاض عتبة العلاج قلَّ خطر ألا يتعالج المريض الذي يحتاج إلى علاج، ومع هذا فالآخرون الذين من غير المحتمل أن يستفيدوا من العلاج توصف لهم علاجات غير ضرورية. وكذلك ربما يلهينا الاعتماد على الأدوية عن استكشاف مهارات التأقلم البديلة، فالبقاء في زواج تعيس والأمل في أن تجعله الأدوية أفضل ليس خطة معقولة على المدى الطويل، كذلك فإن القدرة الشخصية على التحمل قد تتدهور تدريجيّاً بتغير التوقعات الاجتماعية.

ربما تجعلنا العلاجات التي نسعى إليها عند الأطباء النفسيين أسوأ؛ أدَّى الوصف المبالغ فيه للفاليوم والأدوية المخدرة الأخرى إلى تفشي الاعتمادية التي يصعب التخلص منها، وثبُتَ أن منح الاستشارة اعتيادياً بعد الكوارث يبطئ من التعافي؛ ربما يجب أن تُترَك بعض التجارب فحسب؛ فقد تُحوِّل الاستشارة بعد الكوارث الطبيعية الطاقة والاهتمام بعيداً عن التلاحم الاجتماعي والعون العائلي المفيدين.

«صناعة دواء ضخمة»

هناك توتر متنامٍ في العلاقة بين المهنة الطبية والشركات التي تبحث في الأدوية التي نستخدمها وتصنّعها وتبيعها. قُدِّرَت قيمة وصفات الأدوية في الولايات المتحدة في 2015 بـ 2.500.000.000 دولار، وتتركز الصناعة الدوائية بتزايد في مجموعة صغيرة من الشركات النافذة متعددة الجنسيات ، والإحصائيات صاعقة. يأخذ الدواء نحو عشر سنوات في المتوسط منذ أخذ براءة اختراعه مروراً بالتجارب عليه وانتهاءً بوصفاته الأولى، وواحدٌ بالمئة فقط من المركبات الجديدة تنجح في الخروج من أنبوبة الاختبار لتصبح وصفة.

وليس من المستغرب بناءً على هذا أن يتسم تسويق الأدوية بالشراسة، وتعتبر العلاقات المالية بين الأطباء وهذه الشركات غامضة؛ توفّر شركات الأدوية للأطباء عادة ضيافة وتذاكر سفر فخمة تحفيزاً لهم لوصف الأدوية. حدّت أوروبا حديثاً من هذه الممارسات لكنها لا تزال منتشرة عالمياً، وكان الطب النفسي حتى وقت حديث منيعاً نسبياً ضد هذه الممارسات لأن أدويتنا كانت زهيدة، مع هذا فإن مضادات الذهان ومضادات الاكتئاب من الجيل الجديد باهظة الثمن، فمضادات الذُهان «غير التقليدية» الأحدث تكلف آلاف الدولارات في السنة لكل مريض في الولايات المتحدة الأمريكية بالمقارنة مع بضع مئات أو أقل للأدوية القديمة؛ وتُكلِّف مضادات الاكتئاب الأحدث مئات الدولارات في السنة مقارنةً ببنسات لمُضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة الأقدم. إن ملكيةَ دواء جديد محدودةٌ زمنياً بصرامة ويجب على الشركات أن تُعوِّض تكاليف التطوير عادةً في غضون 10-15 سنة من التدشين، وليس من المستغرب أبداً مع القوة المالية للشركات الدوائية التي تستثمر في هذه الأدوية أن تُكافِح العلاجات النفسية والاجتماعية غير المدعومة مالياً للبقاء.

تُتَّهم «صناعة الأدوية الضخمة» بأنها تمّط حدود ما هي اضطرابات نفسية قابلة للعلاج لتزيد مبيعاتها من أدويتها؛ تُتَّهم بأنها تخلق «أمراضاً للأدوية» بدلَ أن تطوِّر «أدويةً للأمراض». أدّى النجاح الهائل لدواء البروزاك إلى تضخّم في مفهوم الاكتئاب السريري بحيث أصبح العلاج يشمل حالات أخف فأخف؛ ساعدت حالة البروزاك الرمزية بلا شك في تقليل وصمة الاكتئاب لكنها جعلت منه كذلك دواءَ «نمط حياة». يعرف أغلب طلاب الجامعات زميلاً لهم يتناول مُضادات الاكتئاب، وهو أمر لم يكن متوقع الحدوث قبل جيل من الآن. تغيَّرت الأنماط التشخيصية استجابةً لتسويق هذه الأدوية؛ هناك زيادة ملحوظة في تشخيص اضطرابات مثل اضطراب الكرب التالي للصدمة والرُهاب الاجتماعي (وهو اضطراب يعتبره بعضهم مجرد خجل مفرط فحسب) بمجرد أن يُرخَّص باستعمال أدوية لعلاجها.

يكمن القلق الأكبر في الزيادة الضخمة في وصف الأدوية النفسية للأطفال، ففي حين كان وصف الأدوية المؤثرة عقلياً للأطفال أمراً نادراً فيما مضى فإن أطباء الأطفال النفسيين يصفونها باعتيادية حالياً؛ حدثت الزيادة الدرامية الكبيرة في تشخيص اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه: في الولايات المتحدة الأمريكية 11 بالمئة من أطفال المدارس (3 بالمئة في المملكة المتحدة) و4 بالمئة من البالغين مُشخَّصون بأنهم يعانون من اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، وأكثر من نصفهم على الأدوية المُحفِّزة.

زاد وصف رتالين (ميثايل فنيديت) ستة أضعاف في التسعينيات من القرن العشرين في الولايات المتحدة الأمريكية، ويُشكِّل هذا 85 بالمئة من الوصفات في العالم، لكن أوروبا تسرع للحاق بهذا؛ زادت وصفاته في العقد الأخير إلى الضعف في المملكة المتحدة ووصلت إلى مليون وصفة في 1916م. وبغض النظر عن الجدل حول شرعية التشخيص فليس هناك أدنى شك بأن الممارسة النفسية تتأثر في الأقل في جزء منها بأجندات تجارية.

قبل أن نترك الصناعة الدوائية يجب أن نقرَّ بمشاركتها الإيجابية في صحة البشر ورفاهيتهم، فالأدوية تعمل حقاً، وسيكون من السذاجة أن نهمل التكاليف المالية الضرورية التي تصبّ في مثل هذه الأبحاث والتطويرات الصاخبة، وأن نجاهر بالدهشة من الممارسات التسويقية. مع هذا، تخلق

الزيادة الكبيرة في حجم هذه الصناعة وسلطتها كليهما مشكلات أخلاقية ليست حكراً على الطب النفسي، وتتضمن استغلال الدول الأفقر لإجراء الأبحاث، وهي دول ربما تكون فيها المعايير الأخلاقية أقل صرامة، ولا يملك المرضى في مثل هذه التجارب المصادر المالية أبداً ليستفيدوا من الأدوية المُطوَّرة. إن إغراء خلق حاجات صحية زائفة لبيع منتجات أمر فعال تحديداً في الجانب النفسي لأن أغلب الناس تحب أن «تشعر أنها أفضل قليلاً»، لذا فهناك حاجة ملحة للحوار الصريح والقواعد الإرشادية الصارمة.

الموثوقية إزاء المصداقية

تحوَّل التشخيصُ في الطب النفسي إلى نظام معتمد على المعايير (انظر المعايير التشخيصية للاكتئاب في الفصل الأول). اعتمد التشخيص تقليدياً على تحديد الأنماط الذي يسترشد بإلمام مُوسَّع بالسلوكات الطبيعية وغير الطبيعية، واستُبدِل هذا بتعداد حريص للمعايير الموجودة في الاضطراب. وكان التغيير استجابة للتباينات الكبيرة في الممارسة التشخيصية. هدف نظام التشخيص الجديد (الذي بدأ بالنسخة الثالثة من الدليل التشخيصي والإحصائي في 1980م، الذي صدرت نسخته الخامسة عام 2013م) إلى إلغاء الاعتماد على النظريات النفسية التي أحدثت اختلافات دائمة فيما مضى، ومن المشكوك فيه بالطبع أن يستطيع المرء فعلاً أن يعتمد كليةً على نظام «غير نظري».

يركّز النظام الجديد على الموثوقية أكثر من تركيزه على المصداقية؛ تضمن الموثوقية أن يصل الأطباء النفسيون المختلفون إلى التشخيص نفسه دائماً حين تكون أمامهم الأعراض نفسها، في حين تضمن المصداقية أن يكون للمرضى بالتشخيص نفسه النتائج نفسها والاستجابة نفسها للعلاج. إن الهدف المرجو بالطبع أن تكون لدينا موثوقية أعلى ومصداقية أعلى، لكن لسوء الحظ لا تضمن الموثوقية الجيدة بالضرورة الحصول على مصداقية جيدة، فحقيقة أننا جميعاً نوافق على معايير مُعرّفة مُحدَّدة لا يعني بالضرورة أنه أمر مهم، ويُعَدُّ الباحثون عن السحرة من القرن السابع عشر الميلادي المثالَ الأكثرَ تطرفاً، فقد كانوا موثوقين جداً؛ توافقوا باستمرار على العلامات المشيرة إلى ساحرة قبل أن يحرقوها، وبالرغم من موثوقيتهم هذه إلا أننا نشك في مصداقيتهم في التعرّف على ساحرة.

قد توحي الموثوقية خطأً بالمصداقية بحيث تُمنَحُ حالةٌ ما مكانةً في تشخيص ما أساساً لأن الأطباء النفسيين يمكن أن يتفقوا على كيفية تعريفها والتعرّف عليها، وقد تكلمنا عن اثنين من هذه التشخيصات الجدلية؛ الرُهاب الاجتماعي واضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، لكن هناك تشخيصات أخرى أكثر ذات مصداقية فضفاضة، فـ «اضطرابا استعمال» الكافيين والنيكوتين كلاهما تشخيصان نفسيان رسميان في النسخة الخامسة للدليل التشخيصي والإحصائي، لكن القليل منا من يعتبر هذين مرضين نفسيين. وبالمثل، اكتسب نطاق من الأنماط السلوكية مكانةً مشكوكاً فيها في التشخيص (وربما يُعطى لها «علاج»، وهذا اعتبارٌ تجاريٌ مهم في بعض أنظمة الرعاية الصحية). ومن الأمثلة على هذه الأنماط التشخيصُ الموجود في النسخة الخامسة للدليل التشخيصي

والإحصائي: «اضطراب المعارضة والتحدّي»، الذي يُشخَّص بوجود مزاج متوتر وغاضب مع تحدٍّ دائم وجدال متكرّر مع شخصيات سلطوية، ورفض الانصياع للأوامر، وفقدان التحكم بالنفس، ولوم الآخرين، وهي معايير تماثل بريبة وصفَ مراهقٍ صعب.

سذاجة الطب النفسي

إن الأطباء النفسيين بالمجمل أناس يثقون بالآخرين. إننا نميل إلى أن نأخذ قصص مرضانا على ظاهرها. وظهر هذا جليّاً في دراسة «أن تكون عاقلاً في أمكنة المجانين» سيئة السمعة: ذهب ثمانية متطوعين في عام 1973م إلى غرف طوارئ في أمريكا واشتكوا من سماع صوت في رؤوسهم قال لهم ببساطة «فارغ» أو «مجوف» أو «ضجيج»، نُوِّم كل الثمانية في وحدات الطب النفسي حيث تصرفوا بعدها بطريقة طبيعية تماماً. كان المدهش أنهم أُبقُوا في المستشفيات لمدة تقارب ثلاثة أسابيع في المتوسط، والأسوأ من هذا أنهم أعطوا تشخيصات حين خروجهم بأنهم يعانون من «فُصام عقلي في طور الهدأة». ليس من الغريب بالتالي أنه كانت هناك حاجة ماسة إلى نظام تشخيصي أفضل في النسخة الثالثة للدليل التشخيصي والإحصائي لعام 1980م.

هناك قوى عديدة تؤثر على الطب النفسي وتدفع به إلى التوسّع في التشخيصات، وهي أبعد من الفضول المعرفي الطبيعي للباحثين. وما إن كان هذا مرغوباً فيه، لا يمكن أن يترك للمهنيين لتحديده بمفردهم، إذ يتطلب الأمر حواراً مع المجتمع الأكبر (أي أنتم).

مشكلات الشخصية والإدمان

يتعامل الأطباء النفسيون دائماً مع عواقب الإدمان على المخدرات والكحول، ويلتقون دائماً كذلك بشخصيات غير اعتيادية لافتة يمكن أن تتسبب بمشكلات لا نهاية لها، ومستوى الكرب والاختلال المرتبط بمثل هذه الشخصيات لا خلاف عليه، ويتكدس هؤلاء الأفراد في خدمات الصحة النفسية، إلا أن هناك خلافاً مشروعاً حول ما إن كان يجب أن تعتبر مشكلات الشخصية والإدمان اضطراباتٍ نفسية بحد ذاتها، وما إن كان يجب على الأطباء النفسيين أن يكونوا مسؤولين عن علاجها: ليس هذا بالأمر الهين فأصحاب هذه المشكلات قد يُخضَعون أحياناً للعلاج ضد إرادتهم.

الإكراه في الطب النفسي

يُسمَح بالعلاج القسري (فرض العلاج بالرغم من ممانعة المريض الصريحة) في الطب النفسي في كل المجتمعات، تشمل هذه المجتمعاتِ الغربية التي تتضمّن مبادئُها الأساسية احتراماً لحرية الفرد

أمام القانون، وهنا يُعَدُّ التعامل مع الأمراض النفسية استثناءً صارخاً. قد تتضمن الأمراض النفسية «تدهوراً» في الوظيفة الطبيعية يجعل المريض غريباً عن نفسه الاعتيادية؛ ليس كما يحدث في إعاقات التعلم التي قد لا يُطوِّر الفرد بسببها أبداً قدرته على اتخاذ قرارات مدروسة وحصيفة، فالخاصيةُ الواضحة للأمراض النفسية حدوثُ تغيّر. سمحتْ أغلب المجتمعات بمنظور أبوي للعلاج الإجباري من منطلق الرغبة الإنسانية لحماية الأفراد الذين يتضح أنهم «ليسوا في حالتهم المعتادة»، ويُدعَم هذا بملاحظة أن معظم المرضى يتعافون ويُعبِّر العديد منهم عن المخاوف نفسها التي تشغل الجميع حول سلوكهم حين يكونون معتلّين، بل ويُعبِّر العديد منهم عن امتنانهم أنْ عولجوا قسراً.

يجد المحامون هذه المناطق عسيرة. يتضمن التقويمُ المعياري لـ «أهلية» اتخاذ القرارات العلاجية القدرةَ على فهم المعلومات، والقدرة على الثقة بمن يقدم المعلومات، والقدرة على الاحتفاظ بالمعلومات، واتخاذ قرار يعتمد على هذه المعلومات. يعمل هذا النهج جيداً مع الأطفال، وذوي إعاقات التعلم، ومن يعانون من خرف، إلا أنه لا يعمل جيداً حين تكون المشكلة مشكلة حُكْم ومزاج لا قدرةً عقلية أو تفكيراً منطقياً. يعتمد إكراه المريض على العلاج ضد رغبته في نهاية المطاف على استنتاج الطبيب النفسي أن المريض يعاني من مرض نفسي بحيث إنّ قراراته الحالية لن تكون هي نفسها التي يتخذها في حالته الاعتيادية. لاحظْ أن هذا يتضمن أن يتخذ الطبيب النفسي حكماً بناءً على ما يعتقد أن المريض سيفعله اعتيادياً أو لا يفعله حين يكون سليماً. يُستخدَم القسر في بعض الأحيان احترازاً أمنياً قصير المدى مع الأشخاص الذين ليسوا مرضى نفسيين إلا أنهم «غير متوازنين مؤقتاً»؛ فرد مرعوب في مكان غريب أو شاب يحاول أن يقتل نفسه أو يؤذيها حين يكون يائساً بعد فشله في علاقة حب.

اضطرابات الشخصية الشديدة

يُعَدُّ موقف الطب النفسي من المعتل نفسياً واضطراب الشخصية المضادة للمجتمع (عادةً في الرجال)، واضطراب الشخصية الحديّة (عادةً في النساء)، إشكالياً أيضاً، والمعتلون نفسياً أفرادٌ باردون عاطفياً وقساة ينقصهم التعاطف مع الآخرين ويمكنهم نتيجة لهذا أن يقترفوا جرائم بشعة؛ لا يفكرون بالعواقب المترتبة على الآخرين ولا يبدون أي ندم بعدها، ويُعرَفون في أثناء طفولتهم في الغالب (موت حيوان أليف، الحرق، إلخ). ولأنهم متمحورون حول أنفسهم ولا يبالون بمشاعر الآخرين فقد يكونون ناجحين جداً، ويُفتَرض بشيء من الفكاهة أن اعتلالاً نفسياً بسيطاً مهمٌ للسياسي الناجح. يُجمَع المعتلون نفسياً مع الأفراد العنيفين والانفجاريين تحت مسمى اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، وتُشكِّل هذه المجموعة مشكلةً عويصةً للسجون ونظام العدل القضائي.

يحتجِز الأطباء النفسيون في بعض الدول هؤلاء الأفراد بالشروط نفسها التي يحتجزون بها المرضى النفسيين، وانتُقِد هذا على أنه إساءة استخدام للسلطة. يجب لتبرير الحجز الإجباري أن تكون الحالة عادة محدودة زمنياً، وأن يكون هناك بعض الثقة في أن علاجها يُسرِّع الشفاء، ولا

يتحقّق أي من هذين الشرطين في اضطرابات الشخصية الشديدة، فسلوكهم يعكس شخصياتهم وهوياتهم الحقيقية وليس أمراً استثنائياً ولا مؤقتاً. ولسوء الحظ ليس هناك حتى اليوم دليلٌ مقنعٌ أن العلاج بالقوة يُغيِّر من سلوكهم، ويفرض هؤلاء الأشخاص تحديّاً كبيراً على المجتمع ويتجادل الأطباء النفسيون دائماً فيما إن كان العلاج القسري (أو أي علاج آخر) مفيداً.

كتبتُ في النسخة الأولى من هذا الكتاب أن «العالم الغربي خَبِرَ طفرةً في سلوك الشابات اليافعات العشوائي المؤذي للنفس»، لكنّ هذه الظاهرة غدت الآن ظاهرةً عالمية، بالرغم من أنها ليست شائعة كثيراً في كل مكان. أصبح تناول جرعات زائدة وتجريح الجسم شائعين كثيراً عند النساء في المستشفيات النفسية والسجون. يبدو هؤلاء المرضى غير متحكمين بأنفسهم، ومكروبين جلياً، ويؤذون أنفسهم وهم في حالة تبدو مزيجاً من الغضب والتِماس المساعدة اليائس. يشعر الأطباء النفسيون أنهم المسؤولون عن هذه السلوكات إلا أنهم عاجزون عن المساعدة، وغالباً ما يحاولون أن «يتحكموا» بالموقف بحجز المرضى إجبارياً في المستشفى والإشراف عليهم ودعمهم. لسوء الحظ، تسير الأمور عادةً من سيىء إلى أسوأ؛ يؤذي المريض نفسه أكثر ويزيد الأطباء النفسيون من القيود ليتحكموا بالموقف. بالموازاة مع المطالبات بتحسين خدمات الصحة النفسية لفئة الشباب لمساعدة هاته النساء، تُحاجِج بعض مجموعات الضغط بأن ما تفعله هاته النساء في أجسامهن هو شأنهن الخاص بهن والطب النفسي يتجاوز حدوده بمعالجتهن ضد رغبتهن، ويشيرون إلى السوابق الثقافية لتشويه النفس مثل الوشوم الدينية والطقوسية، ويركّزون على أن الطب، والطب النفسي خصوصاً، أنكر باستمرار اتخاذ النساء قراراتهن بأنفسهن فيما يتعلق بأجسامهن.

سوء استعمال المخدرات والكحول

تظهر مجموعةٌ من الحجج الشبيهة حين يتعلق الأمر بإساءة استعمال المخدرات والكحول؛ يمكنها جميعاً أن تُربَط بالمرض النفسي ويمكنها جميعاً أيضاً أن تُسبِّب الأمراض النفسية، لذا من الجيد إشراك الطب النفسي في التعامل معها، لكنْ هل إساءة استعمال المخدرات والكحول أمراض نفسية بحد ذاتها؟ سُمِّيَ الإدمان مرضاً في ثلاثينيات القرن العشرين لدوافع إنسانية. تُوفِّر جمعية مدمني الكحول المجهولين، التي أنشئت في 1939م، المساعدةَ لدعم الأفراد المدمنين ويشجعونهم على التوقف عن التعاطي. وتعتبر جمعية متعاطي الكحول المجهولين وجمعية متعاطي المخدرات المجهولين جمعيات مساعدة الذات الأكبر في العالم، وتَعدان الإدمان مرضاً مزمناً غير قابل للعلاج، بالرغم من اعتمادهما على الدعم الشخصي والروحي بدلاً من العلاج الطبي.

ترى الجمعيتان المدمنَ مختلفاً جوهرياً عن الأفراد الآخرين، ولا يمكنه أبداً أن يستخدم الكحول أو المخدرات بأمان. ومع هذا تنقسم الآراء في الطب النفسي؛ فبعضهم يرى الإدمان مرضاً يجب أن يعالج مثل أي مرض آخر، فيما يرى آخرون إساءة استخدام المخدرات والكحول عادات خطيرة يمكن أن تؤدي إلى الأمراض النفسية لكن لا يساعد اعتبارها ذاتها أمراضاً نفسية في شيء، وهي في النهاية مسؤولية الأفراد ذاتهم، فهم قادرون على أن يؤثروا في حالاتهم تأثيراً مباشراً بطريقة لا يمكن لأشخاص مصابين بالاكتئاب أو الفُصام أن يؤثروا بها. يعد هؤلاء أن مَرْضَنَةَ إساءة استعمال

المخدرات تشتت الانتباه عن الإجراءات الصحية العامة الناجعة، مثل زيادة أسعار المخدرات وتضييق الحصول عليها، التي حقَّقت نجاحاً مستمراً في تخفيض الشرب، والأمراض المرتبطة بالشرب، والموت.

إن تقديم المساعدة، مثل وصف الأدوية للتأقلم مع الأعراض الانسحابية ودعم تشكيل نمط حياة خالية من الكحول، متفقٌ عليه في العموم، وليست حالته مثل حالة الإكراه على العلاج المختلف عليها. وفي معظم الدول الاسكندنافية وأوروبا الشرقية وروسيا، استُخدِمت المستشفيات النفسية المتخصصة بكثافة لاحتجاز مدمني الكحول والمخدرات لمدد طويلة؛ هل يمكن تبرير هذا؟ يمكن لعواقب الشرب الثقيل أو تعاطي المخدرات أن تكون كارثية بلا شك، وحتى قاتلة، لكنّ الكثير منا يتخذون قرارات حمقاء ويتحملون عواقبها؛ التدخين أخطر على الصحة من تعاطي الكحول لكننا لا نجبر المدخّنين على العلاج، والتفكير الملتبس وسوء الحكم الحاصلان نتيجة السكْر تبريراتٌ مشكوك فيها هي الأخرى للتدخل العلاجي لأن ما يجذب للسكْر تحديداً أنه يُغيِّر الحكم على الأمور بتشويش الواقع المكروه.

ساعد تسارع التطور في علميْ الجينات والإحصاء في التعرّف على الأشخاص الأكثر عرضة ليصبحوا مدمني كحول أو مخدرات، وهناك تباينات عرقية معروفة جيداً في قابلية تحمّل الكحول وتأييضه. عززت هذه الاكتشافات الزعم بأن الإدمان ليس خياراً لنمط حياة بل اضطراباً، ولا يزال هذا الأمر مفتوحاً للنقاش، ولا يزال دور الطب النفسي في علاج تعاطي الكحول والمخدرات جدلياً.

الدفع بحجة الجنون

يتهم ناقدو العلاج القسري الطبَ النفسي ظلماً بحرمان الأفراد من حقوقهم، مع هذا فتشريعات الصحة النفسية وُضِعت لحماية المرضى من العقاب الشديد على الجرائم التي يرتكبونها وهم مرضى، ودائماً ما شعر المجتمع بالتوتر من مثل هذه العقوبات. فُصِلَت جريمة قتل الرضع عن جرائم القتل الأخرى لأن محلّفي القرن التاسع عشر رفضوا ببساطة إعدام الأمهات اللاتي قتلن أطفالهن حين كن يعانين من ذُهان ما بعد الولادة.

أدت أهمية التحقق من النية الجرمية («العقل المذنب» أو «mens rea») إلى علاقة طويلة مُعذِّبة بين الأطباء النفسيين والمحاكم. تعتبر الموافقة على أن أحدهم كان مجنوناً، أو لم يكن، وقت ارتكاب الجريمة (أي عدم قدرته على الحكم على أهمية أفعاله وإدراك أنها خاطئة) في مبدئها مباشرة جداً، مع هذا فغالباً ما تكون صعبة في الحالات الفردية، إذ يمكن أن يُحكَم على المرضى الأشدّ مرضاً وغير القادرين على فهم إجراءات المحكمة بأنهم غير صالحين للمرافعة بناءً على التقويم النفسي، وقد يُعفَون بسبب الجنون.

تتعلق المشكلات الحقيقية في المحكمة بالمسؤولية الجزئية الناتجة عن المرض النفسي؛ يحدث هذا حين يكون السلوك الإجرامي ذاته العرضَ الأول أو الأوضح للاضطراب. أما عند المرضى الأشد

مرضاً فقد يكون السلوك الإجرامي مجرّدَ علامة من علامات المرض الأخرى، ومثاله البسيط مريضٌ مصاب بالهوس يُحاكَم بسبب قيادته المتهورة، ويكون وقحاً مع القاضي، ويلبس ثياباً غريبة، ولا ينام، وكان قد أنفق كل أمواله. إن تقديم الاضطرابات الشخصية المتطورة حجةً للدفاع إشكاليٌ دائماً؛ فالاقتراحُ بأن يُعفى المعتل نفسياً من المسؤولية الجرمية والعقاب لأنه لا يلاحظ الكرب الذي يحدثه أو لا يهتم به، يضرب في صميم مفهوم الإرادة الحرة والمسؤولية الشخصية، التي هي أساس التفكير العدلي القضائي. عانى أغلب المجرمين من طفولة مرعبة، والعديد منهم استُغِلّوا في طفولتهم، والقليل منهم يملكون وظائف مهنية أو أسراً مستقرة يعتمدون عليها، لذا ليس من المستغرب أن نَطبَعَ العدالةَ بالرحمة، بيد أن هناك نوعاً من الدوران في حلقة حين نتذرّع بالخصائص ذاتها التي أدت إلى حدوث الجريمة ونأخذها تبريراتٍ لتخفيض العقاب. تتضح هذه المعضلة الأخلاقية بالتحديد مع الأفراد المصابين باضطراب أسبرجر (وهو نوع خفيف من التوحد) الذين لا يمَكِنهم أن يروا العالم من وجهة نظر أخرى ولا يمكنهم أن يُفسِّروا دوافع الآخرين حتى لو رغبوا في ذلك بشدة.

في الممارسة العملية، كلما كان الجرم خطيراً والخطر كبيراً كان القرار أسهل، وحين يكون البديلُ عن الحكم بالذنب والسجن الرعايةَ داخل المستشفى (وأحياناً الرعاية المُطوّلة في مستشفى مُؤَمَّن) فإن المحاكم والمحلّفين يشعرون براحة أكبر في أن يسمحوا بذلك. أما في الحالات الأقل شأناً؛ حين يكون العقاب خفيفاً وقد يمنع تكرر الإساءة، فإن حجة المرض النفسي قد لا تفيد الفرد على المدى الطويل. أصرّ توماس ساز (الفصل الخامس) على أن الدفع بحجة المرض النفسي إنكارٌ لحقوق الفرد وواجباته الأساسية. يُقبَل الدفع بحجة المرض النفسي في العموم حين يكون الاضطراب واضحاً جداً وظاهراً للجميع.

يحدث أحياناً أن تكون الجريمة هي الدليل الوحيد على الاضطراب؛ أنكر المجرم في عدة قضايا قتل مشهورة تذكّره لحدوث القتل مُدَّعِياً أنه وقع في حالة «من اللاوعي» (حالة شبيهة بالحلم أو انفصالية)، وافتُرِضَتْ في حالات أكثر تطرفاً الإصابةُ بـ «اضطراب الشخصية المتعددة»؛ حين يكون للفرد الواحد عدة هويّات متطوّرة جيداً، كل واحدة منها مستقلة تماماً عن الأخرى. يأخذ هذا المفهوم وفقاً لما يقوله الدكتور جيكل ومستر هايد، بلباب المخيلة الشعبية.

تُرجَع مثل هذه الحالات إلى آلية نفسية تُكبَتُ فيها عملياتٌ عقلية بنجاح بالغ بحيث لا يتوافر لديها منفذٌ إلا عبر العلاج النفسي المُعمَّق أو «تثار» في ظروف خاصة جداً، ولهذا أهمية قانونية نفسية في حالات الاعتداء الجنسي المُدَّعَى حدوثه في الطفولة. إن مدى تعرّض الأطفال للاعتداء الجنسي من أفراد العائلة أمرٌ جدليٌّ في الطب النفسي منذ آماد، وتأرجح البندول جيئةً وذهاباً بين اعتباره صدمةً شائعة تُسبِّب الاضطرابات العصابية وبين الاعتقاد البديل بأنه أمر نادر الحدوث وأن معظم الادعاءات ما هي إلا «ذكريات خاطئة». ويميل الافتراض الحالي أكثر إلى جانب تصديق البالغ الذي يشكو من اعتداء جنسي مُبكِّر؛ نتجت عن هذا حالات مشهورة أدّت إلى تفكيك العوائل حين تظهر «ذكريات مسترجعة»، ويظهر الأطباء النفسيون في كلا جانبي هذه الحالات، مُشدِّدين إما على العاقبة الوخيمة للاعتداء المكبوت طوال عدة سنوات، أو مُشدِّدين في المقابل على قابلية المريض للإيحاء في العلاج المبالغ فيه.

الطب النفسي: ممارسة جدلية

تُعَدُّ الأمثلة التي ضربناها هنا بعض الأسباب التي تجعل من الممارسة النفسية خطرة وجدلية، ويدعو عدد من الأطباء النفسيين إلى نهج آمنٍ وأكثرَ محدوديةُ ينحصر بأمراض نفسية معروفة جيداً؛ «يجب أن نركز على علاج الأمراض المُشخَّصة، الفصام العقلي، فقدان الشهية العصبي، الاكتئاب، وندرك أن هناك أسباباً عديدة للكرب الإنساني بجانب المرض العقلي، ونترك السياسة الاجتماعية والأخلاقيات للساسة والفلاسفة»؛ إنها حجة جذابة، وتاريخ الطب النفسي مليء بالأمثلة لتجاوز الحدود، لكنْ كما رأينا في هذا الفصل ليس هذا سهلاً على الأطباء النفسيين؛ هناك أيضاً أطراف أخرى معنية وقوى ذات سلطة فاعلة؛ إننا نوازن بين معضلات أخلاقية معقدة وفوائد محتملة مهمة.

تُوسِّع التطورات العلمية ما نستطيع فعله؛ يرفع المرضى وأسرهم باستمرار من توقعاتهم منا، وتتحدانا الحكومات وصناعة الدواء بمتطلبات ومغريات وفرص جديدة. تكمن الطريقة الوحيدة لتجنب التناقض واحتمالية الوقوع في الخطأ في أن ندير ظهورنا للتقدم والابتكار، لكنّ هذا يعني التخلي عن وعود الطب النفسي ومسؤولياته. امتطى الطب النفسي العلم البحت وحقل السلوك البشري والطموحات لذا فمن المستحيل ببساطة ألا يكون جدلياً، إذ تكمن الجدلية في قلب الطب النفسي وقد تتضخم التحديات كما سنرى في الفصل السابع.

الفصل السابع
نحو القرن الحادي والعشرين

تقنيات جديدة ومعضلات قديمة

من الخطورة بمكان إطلاق التكهنات؛ كيف ينظر أستاذ ألبرت أينشتاين إلى تقريره عام 1895م: «لا يهم ما سيفعله، فلن يُنجِز أي شيء أبداً»؟ أو محرر الميكانيكا الشعبية في عام 1949م: «قد لا تزن الحواسيب في المستقبل أكثر من 1.5 طن». ونعلم أن تسجيلات ديكا ندمت على حكمها على فرقة بيتلز في عام 1962م: «لا نحب صوتهم وموسيقى الجيتار في سبيلها للتلاشي».

إن الطب النفسي في الربع الأول من القرن الحادي والعشرين شديد الاختلاف عن الذي كان عليه قبل عقود قليلة؛ لم يكن أحد ليتصور أبداً أننا سنكون قادرين على تسجيل نشاط الدماغ بصورة آنية مفصّلة، فنحن قادرون الآن على مراقبة مناطق مختلفة من هذا العضو المشهور بـ «صمته» وهي تضيء دالةً على نشاطه وهو يقوم بوظائف متباينة مثل التحريك وتسجيل المناظر والأصوات؛ وحتى الإدراكات الحسية الهلوسية! يبهرنا التقدم الكبير والمضطّرد في علم الوراثة وعلم الأعصاب بكشوفات عن أسس العمليات العقلية وآلياتها التي تكمن وراء ضعفنا، وتؤثر التغيرات في تقنية الحاسوب والتقدم في العصر الرقمي على صلات أحدنا بالآخر، وتؤثر نتيجةً لذلك على خبرتنا بالمرض النفسي وكيف يمكننا أن نقدّم المساعدة.

يؤمن المتفائلون أن هذه التطورات قد تستأصل قريباً الأمراض النفسية برمتها، أو على الأقل تجعل من علاجاتنا منطقية وغير جدلية بحيث نمتزج ببساطة مع الطب العام، بينما يشير آخرون إلى مفارقة زيادة التنويم القسري وزيادة معدلات الانتحار بالرغم من توافر علاجات أفضل. ظهرت تحديات أخلاقية جديدة مع تحسن التكهنات الجينية وتهميش المعاقين الذي يمارسه المجتمع عالي التقنية وسريع التحول. ومن المفارقات، فإن السرعة في التقدم العلمي في علم الأعصاب حفَّزَت ثورةً من الاهتمام بالطب النفسي الاجتماعي والمعرفة النفسية.

وكما تقول الاقتباسات الآنفة الذكر، من الصعوبة بمكان أن تختار فائزاً لكنّ هناك احتمالاً بوجود بعض العدّائين المتقدّمين. إن أحد التغيرات اللافتة منذ صدور النسخة الأولى لهذا الكتاب زيادةُ التركيز على كيفية تأثير جسمنا، وليس فقط دماغنا، على صحتنا النفسية. ولم تتوقف تقنية

الحواسيب المتقدمة باطراد عند دعم طرق العلاج القديمة وتبسيطها بل بدأت أيضاً في تقديم بدائل جديدة للعلاج.

علم الأعصاب

أصبحت علوم الأعصاب «موضوعاً مثيراً» في الأبحاث الطبية؛ زاد تحسن التصوير المُطوَّر من حماسنا، فالطرق البدائية لرؤية الدماغ مثل الأشعة السينية وتصوير الدماغ الهوائي (حقن الهواء في السائل الذي يملأ فراغات الدماغ لتوضيح البنى العميقة) استطاعت تحديد التشوهات الكبيرة مثل الأورام والجلطات، واستطاعت أيضاً أن تؤكد انكماش الدماغ في الخرف، لكنها بالمجمل فجة كثيراً لتكون ذات فائدة للطب النفسي. يوفّر التصوير المقطعي المحوسب «شرائح» أشعة سينية للدماغ تُمكِّن من توفير صور ثلاثية الأبعاد، وينتج التصوير بالرنين المغناطيسي مثل هذه الصور ثلاثية الأبعاد أيضاً، ولأنه لا يحمل خطورة الأشعة السينية المتكررة فيمكن استخدامه لقياس التغيرات مع الوقت.

لم تفد المعرفة التفصيلية لأبنية الدماغ هي الأخرى الطبَ النفسي إلا قليلاً؛ تُعرَف الاضطرابات النفسية الرئيسة (الفُصام العقلي، الاكتئاب، إلخ) بأنها اضطرابات «وظيفية» للتأكيد على غياب خلل تشريحي يمكن رصده. يُسجِّل التصوير بالرنين المغناطيسي الوظيفي الذي دُشِّن في أواخر تسعينيات القرن العشرين نشاط مناطق الدماغ؛ يقوم برصد زيادة تدفق الدم، وأخذ الخلايا للأكسجين، وأيض الجلوكوز، بدقة كبيرة (الدماغ عضو نهم يستخدم 20 بالمئة من سعرات الفرد الحرارية اليومية)، وقاد هذا التصوير الى اكتشافات مدهشة مثل التدليل على أن التجارب الهلوسية لها النشاط الدماغي نفسه الذي للإدراكات الحقيقية، وساعد كذلك على تحديد مناطق الدماغ زائدة النشاط أو ناقصته في بعض الاضطرابات ما أدى إلى زرع أسلاك كهربائية لتحفيز النشاط في الاكتئاب ومرض الشلل الرعاشي. وأثبت التصوير بالرنين المغناطيسي الوظيفي كذلك التعقيدَ الهائل لنشاط الدماغ الترابطي، ويُستخدم اعتيادياً في التجارب النفسية التي تعمل على رسم المناطق المتضمنة في الاستجابات النفسية المعقدة.

تبعث هذه التطورات الأملَ لكنّها بعيدة جداً عن تحقيق خيال «الإنسالة» Cyborg في تثبيت رقاقات حاسوب صغيرة هدفها التحكم بالسلوك. في الحقيقة، يتردد العلماء كثيراً في تطبيق التقنيات الاقتحامية، مثل الجراحة وزراعة الخلايا في علاج الأمراض النفسية كما هي مطبقة في الاضطرابات العصبية، فلأنها تفرض تحديات أساسية على ذاتيتنا وهويتنا الشخصية فقد ولّدت حذراً، وتحتاج الى تفكير متأنٍ فيما يتعلق بالاعتبارات الأخلاقية.

علم الجينات

يأخذ الأطباء النفسيون علم الجينات بجدية دائماً، ومع هذا فالاضطرابات النفسية لا تتبع الأنماط الوراثية المندلية (Mendelian) البسيطة للتوريث السائد والمتنحي التي تعلمناها في المدرسة (مرض هنتنغتون استثناء صارخ لهذا)، وكان فشلها في اتباع هذه القوانين البسيطة في أمراض مثل الفُصام العقلي والاكتئاب الهوسي، بالرغم من الدليل الساحق على قابليتها للتوريث، مصدرَ الصراع المستمر حول الطبع والتطبّع. أصبح علمُ الوراثة المعاصر، الذي بدأه واتسون وكريك بتوضيحهما لبنية اللولب المزدوج للحمض النووي في 1953م، أكثر تطوراً بكثير. يمكننا الآن أن نحدّد موقع جينات مفردة في كروموسوماتنا، وقد بدأ مشروع الجينوم البشري في عام 1990م ورسم السلسلة الجينية البشرية بكاملها بحلول 2003م، وتعني أتمتة العملية حالياً أن بإمكان أي واحد منا أن يُسلسِل جيناته ويحصل على احتمالية إصابته بالأمراض في غضون أسابيع قليلة بجنيهات قليلة فقط.

تخلَّى علم الجينات النفسية المعاصر عن البحث عن «جين الفُصام العقلي»؛ نعرف أنه لا يوجد جين واحد بل نحو مئتي جين تشارك في احتمالية الإصابة بالفُصام، ومن المحتمل أن يكون نيورجولين 1 (جين يوجد في أُسر مرضى الفُصام في آيسلاند وغرب سكوتلاند) شرطاً ضرورياً للإصابة بالمرض لكنه ليس شرطاً كافياً (نحو 30 بالمئة منا يحملونه). يتضمن فهم علم الجينات المعقّد هذا علمَ الجينات الفوقية الذي يدْرس تأثير الجينات الأخرى والمحفزات الأخرى لتنشيط جينات محددة. يتفاعل هذا التطور المعقد للرسم الجيني في حقل الطب النفسي مع الطب النفسي الاجتماعي، فقد تبين على سبيل المثال أن للجينات التي تزيد من خطورة الإصابة بالاكتئاب في دراسات التتبع طويلة المدى، تأثيراً فقط لو تعرّض الشخص إلى مآسٍ كبيرة في طفولته، ويبدو أن الجينات من غير هذه المآسي تبقى خاملة.

التعرّف المبكر

يُغيِّر فهمنا المُحسَّن لعوامل الخطورة الجينية الممارسةَ الجدلية أصلاً للتعرّف المبكر. فحص باحثون في أستراليا الأخوة في الأسر التي لديها أفراد مصابون بالفُصام، باحثين عن علامات لخطر الإصابة قبل أمد طويل من ظهور أيِّ أعراض واضحة عليهم، وعادة ما يكون هؤلاء الأفراد «مرتفعي الخطورة» منسحبين و«غريبين» قليلاً ولديهم تجارب غير اعتيادية لكنها ليست ذُهانية بوضوح. يُدَّعَى أن تجارب البدء بالعلاج بمُضادات الذُهان والدعم النفسي قبل أن يظهر المرض نفسه حَمَتْ عدداً كبيراً من «التحول» (أي تطوير الاضطراب الكامل)؛ لا يتطلب الأمر كثيرَ تخيل لإدراك حقل الألغام الذي يفتحه هذا أمام الشباب في مثل هذه الفترة الحرجة، وليس من المستغرب أن هذا النهج لم يصبح اعتيادياً، لكن مع زيادة الدقة في علم الجينات المعاصر وعلم الجينات الفوقية فمن المؤكد أن الأمر يحتاج إلى وقت حتى يصبح نهجاً اعتيادياً، وليس فقط بالنسبة للفُصام.

قد يصبح علاج الأشخاص الذين لم يعانوا أبداً من أعراض مشكلةً أعقدَ مع تطور الأدوية، فحتى مع اكتشاف البروزاك قبل عقدين من الزمان فقد ظهرت مسألة أدوية «نمط الحياة» حين وصف

بعض المرضى الذين يأخذونه بأنهم «أفضل من جيدين». وكما إن عَالَم الرياضة يكافح لإيجاد موقف من الأدوية المُحسِّنة للأداء فإن المشكلة نفسها تظهر مع «الأدوية الذكية» التي تُحسِّن الأداء العقلي. تحسِّن بعض الأدوية المستخدمة لعلاج اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه من التفكير حتى لو لم يكن لديك مشكلة نفسية، واستخدامها منتشر بين الطلاب؛ هل هذا عادل أم أنه غش؟ والأهم من هذا، هل هي طريقة معقولة لنعيش حياتنا؟ ويُفتَرض أن الأمر نفسه سيحدث مع تطور الأدوية التي تبطِّىء من الخرف؛ سيطلبها الناس نوعاً من الضمان.

طب نفسي للبدن بأكمله

هناك فورة في الأبحاث أبعدَ مما يشهده علم الأعصاب تستكشف تأثير صحتنا العضوية على سلامتنا العقلية، ويذهب هذا أبعد من إدراك أهمية التمارين في تأجيل الخرف وتحسين المزاج، أو تحديد العمليات الفيزيائية في الدماغ، ومن المحتمل أن أكثرها إثارةً الاشتغالُ على البكتيريا في أمعائنا (يشار إليها بالميكروبات المعوية)؛ إن هذه البكتيريا كثيرة جداً بحيث إنها تزن في كل فرد منا أكثر من وزن دماغنا وتنتج عدداً من المواد المعروفة المؤثرة عقلياً ، وتبيَّن تأثيرها المباشر على الحالات العقلية مراراً في التجارب على الحيوانات، فيمكن لحالات القلق والاكتئاب عند بعض أصناف الفئران أن تُشفَى تماماً عن طريق استبدال الميكروبات في أمعائها بأخرى مختلفة، وهناك بعض الاقتراحات بأن عدداً من البكتيريا المختلفة عند البشر يمكن أيضاً أن ترتبط بالاكتئاب والقلق.

كان الرابط بين الوظيفة النفسية ونظام المناعة محل اهتمام بحثي منذ زمن طويل وذلك لمعرفتنا بحساسية كلا النظامين للكرب، وحين كان هذا الكتاب في طريقه إلى المطبعة كانت هناك دراسة لعلاج مرضى الفُصام العقلي في حالتهم الحادة عن طريق ضخّ وريديٍ شهري لأدوية علاج كيميائي تعمل على النظام المناعي، ويؤمل أن تعدل هذه الأدوية من العمليات العقلية: كل هذا مثير جداً، مع هذا يجب ألّا ننسى أن الوعود بعلاجات شاملة واختراقات كشفية درامية محتملة كانت موجودة طوال تاريخ الطب النفسي.

الحواسيب والطب النفسي

تغيرت الحواسيب كما تغير كل شيء في حياتنا بما فيها الطب النفسي؛ دعمت الحواسيب على مدى السنوات العشرين المنصرمة العلاجاتِ والممارسات النفسية السائدة، جاعلة منها أكثر فعالية وأسلس وصولاً، وهناك عشرات الأمثلة على هذا: قمنا بترقيم مراقبة الحالة العقلية؛ يمكن لمرضى الاكتئاب أن يُسجِّلوا مزاجهم على هواتفهم يومياً ويفحصوا من ثمّ الأنماط اللونية الناتجة كي يتعرّفوا على الإرهاصات الأولى للانتكاسات. وتوجد حالياً حبوب مضادة للذُهان بإمكانها أن تبُثَّ إلى هاتف ذكي لتؤكد أن المريض قد تناولها! وبرامج العلاج المعرفي السلوكي المعتمدة على

التطبيقات والشبكة شائعة لعدد من الحالات؛ من القلق وحتى الاكتئاب واضطرابات الأكل. ويتواكب المرضى الأصغر سناً مع هذه الطرق بسهولة لأنهم نشؤوا مع الحواسيب. واستُخدِمت الأجهزة اللوحية لإعطاء تغذية راجعة حية للاستشارات فيما يتعلق بالتوافق بين احتياجات المريض واحتياجات المعالجين. تستخدِم هذه كلها وتطبيقات أخرى الحواسيبَ أساساً لدعم وتحسين الممارسات المعمول بها، إلا أننا نتجه اليومَ إلى عصرٍ تقوم فيه الحواسيب بتطبيق تقنيات متفرّدة بها لا يمكن أن نجاريها أبداً مهما توافر لنا من الوقت والجهد.

الذكاء الاصطناعي

يوائم الطب، كما كل شيء آخر في المجتمع، نفسه مع تأثيرات الذكاء الاصطناعي. يمكن للبيانات الكبيرة والحواسيب الجبارة الآن أن تتجاوز حكم الطبيب البشري بتكهنات أدق، وما يربك أكثر أنها تتجاوزه بتوقعات وخطط علاج فردية أكثر، وهذا لا يدهشنا، فالذكاء الاصطناعي يستخدم العملية التقليدية للتعلُّم الطبي نفسها؛ إضافة طبقة من الخبرة فوق طبقة أخرى لتطوير أنماط التعرف على الأمراض والتفريق بينها، ومن ثم يوائمها مع المريض المعني، ويكمن الاختلاف الوحيد في أن الحاسوب يمكنه أن يتعلم من تجارب مئات الأطباء مع آلاف المرضى. ويعد الذكاء الاصطناعي مختلفاً كلياً عن الأشكال الأسبق من التعلّم المدعوم بالحواسيب لأنه يمكنه أن يراجع خوارزمياته ويعيد كتابتها كلما اكتسب «معرفة» أكبر؛ يُهجَر بعض من تصوراتنا المسبقة التي أعددنا بها البرنامج وتُستَبدل بأخرى جديدة ربما لا نعرفها مطلقاً. وكما هو الوضع مع السيارات بلا سائق، علينا أن نتخلى عن مفاهيمنا المسبقة بأن الآلات يمكنها فقط أن تتعامل مع الأمور الشائعة والقابلة للتنبؤ، فقد هزمت الحواسيب اللاعبة للشطرنج لاعبي الشطرنج بمن فيهم الأبرع، ويمكن للحواسيب أن تصبح أفضل منا في تطبيق الخبرات العميقة في المواقف المُستجَدة وغير الاعتيادية، والأكثر شخصنة.

الواقع الافتراضي

استُعمِلت قدرة الحواسيب في حقل الطب النفسي في التحكم بما نختبره في أوضاع المحاكاة؛ تستطيع برامج الواقع الافتراضي أن توفّر بيئة اصطناعية ومع هذا واقعية بصورة مقنعة، ويمكن أن تُكرَّر من مريض إلى آخر ما يسمح بفهم مفصّل لكيفية تفسير الواقع. يظهر الشكل 9 سيناريو واقع



9. الواقع الافتراضي لقطار الأنفاق في لندن حيث يطلب من المرضى وصف ما يشاهدونه وتفسير سلوك من حولهم

افتراضي في قطار نفقي يمكن للمريض فيه أن ينظر في العربة من حوله وأن يشاهد عدداً من الأشخاص يتحرّكون ويتفاعلون فيما بينهم ومن ثم يُسأَل عن تجربته؛ يُحدِّد هذا البرنامج بسرعة طرقَنا المختلفة في تفسير العالم من حولنا، والأفراد المصابون بأوهام الاضطهاد يقرؤون النوايا الخبيثة عند بعض الأشخاص المحايدين («لماذا يرمقني بتلك النظرة؟ لماذا أشاح بوجهه عني فجأة؟»)، وتُطوَّر حالياً علاجات معتمدة على الأنشطة التي تُجرى عبر الواقع الافتراضي.

يُعَدُّ العلاج «المُجسَّم» (Avatar)أحد التطورات في علاج مرضى الفُصام العقلي الذين يعانون من الهلاوس (الشكل 10)؛ يُعطِي المريض وصفاً تفصيلياً لمظهر وصوت وسلوك الشخص الذي يعتقد أنه مسؤول عن الأصوات في رأسه، وتُصنَع نسخة «مُتخيَّلة» للوجه ونبرة الصوت (اللكنة والنغمة)، ثم يُحوَّل صوت المُعالِج وتعابير وجهه باستخدام برامج معقّدة لتحل مباشرةً محل الصورة المتخيلة للشخص المُضطهِد، ويُشجَّع المريض لينخرط في حوار مع الأصوات التي يسمعها من الصورة المُجسَّمة في الشاشة والتي يقولها المعالج في الحقيقة (والتي تحول لاحقاً)، ويمكنه حينها أن يتحدى محتوى الهلاوس ويطور بعض التحكم بها وبعض الانفصال عنها: تظهر النتائج الأولية أنه يمكن تقليل تكرار هذه الأصوات وشدتها وتخويفها.

التوازن الاجتماعي والنفسي والبيولوجي

لا يبدو، للمفارقة، أن معضلات الطب النفسي الأساسية تتلاشى مع التطور التقني والعلمي المضطرد، بل يبدو أنها تزداد شدة؛ فالتنويم القسري يزداد عالمياً، والخدمات تتوسع أكثر للإيفاء

بالطلب، ويرجع هذا في جزء منه إلى ازدياد توافر التشخيص النفسي إلا إن هذا لا يفسر الأمر برمته.



10. وجوه افاتار المجسمة لعلاج الهلوسة

فُرِض على الطب النفسي أن يتغير استجابةً للتغيرات الأوسع في المجتمع؛ نعيش حياة أقل قابليةً للتنبؤ وغالباً في مجتمعات وأُسَرٍ مشتتة، والقليل من الأمور فقط يمكن أن يؤخذ بموثوقية، فحتى نوع الجنس أصبح مائعاً. تتكون أغلب المجتمعات المعاصرة من أفراد بثقافات وتوقعات مختلفة جداً، وتماماً، كما أصبحت الرعاية في المجتمع واقعاً فإن مقدمي الرعاية التقليديين في ذلك المجتمع (الأمهات والزوجات) اختاروا حياة العمل، ومع تزايد الأعمار وجدت الأسر نفسها ترعى الآباء الكبار الضعفاء في الوقت نفسه الذي تدعم فيه الأطفال والأحفاد.

تنبع التغيرات في الطب النفسي أيضاً من التغيرات في المجتمع، ربما أكثرَ مما تنبع من التطورات التقنية، ويعود الطب النفسي الاجتماعي (استكشاف كيفية تأثير الشبكة الاجتماعية الأوسع على المرضى وكيفية إمكان تغيير البيئة لتعزيز الشفاء والقدرة على التحمل) إلى الواجهة من جديد،

ورغم أنه كان بارزاً في خمسينيات القرن العشرين وستينياته إلا أن الطب النفسي البيولوجي طغى عليه في العقود الحديثة.

تزداد خطورة غزو الطب النفسي لكل جوانب حياتنا «بتحويل حالاتنا إلى حالات طبية من دون مبرر» وزيادة التركيز على النهج التشخيصي الأبسط والأكثر موثوقية والتفاوضي بديموقراطية الذي ناقشناه في الفصل السادس. كان حجم المرضى النفسيين محصوراً بمن يمنحه الأطباء النفسيون تشخيصاتٍ نفسية حين يرون أن تجاربه وسلوكه «مختلفة» جذرياً. أما إذا نبع التشخيص تلقائياً من مجموعة من الأعراض (من غير أن يترشّح عبر أحكام كتلك)، فلا شيء يمنع التوسع في التشخيصات. تُشجِّع باطراد التعبيرَ عن ذواتنا والاهتمام بمشاعرنا، وربما يكون هذا سبب الزيادة السريعة في عدد الأشخاص الذين يَعدُّون أنفسهم مكتئبين أو قلقين. ويُرحِّب أغلبنا بهذا النهج الأكثر تقبلاً والمنفتح على التجربة الإنسانية. وبالمثل، يَدعمُ أغلبنا علاقاتٍ أكثر اتزاناً تتجسد في الاستشارة النفسية التي تأخذ أعراض المريض بجدية أكبر بدل أن تُحصَر في تصورات الطبيب النفسي المُسبقَة. لكنْ هل نحن سعيدون بعواقب تصنيف قطاعات أوسع من حياتنا على أنها اضطرابات نفسية؟

معضلات قديمة في أشكال جديدة

بالرغم من كل تطورنا فقد دخلنا القرن الحادي والعشرين بشكل لافت بالمعضلات نفسها التي دخلنا بها القرن العشرين؛ لم يتلاشَ الإدخال القسري في الطب النفسي بل ازداد بطريقة ما، كذلك ظل الخوف من أن يُهمِّش الطب النفسي الاختلافات الفردية ويعالج الناس كأنهم مجرد أشياء، قوياً كما كان. وربما يدور الصراع حالياً بين «الطب المستند إلى الدليل» و«فردانية ما بعد الحداثة»، في حين كان يتمثل سابقاً في الصراع بين التماثل الساحق في المصحات النفسية الكبيرة وكرامة المريض. ستظل العلاقة بين المجتمع والطب النفسي دائماً (وربما يجب أن تكون هكذا دائماً) صعبة؛ تُوزِان بين واجبنا إزاء المرضى وواجبنا إزاء المجتمع. ويُظهِر استمرار هذه الجدليات ذاتها أنها ليست ببساطة مشكلات تقنية، ويظهر كذلك كيف أن الطب النفسي مرتبط بشدة بما يجعلنا بشراً حقيقةً، وتعكس هذه الجدليات التوتراتِ والتناقضات المتأصلة في حقل الطب النفسي التي بدأنا بها كتابنا هذا.

هل سيجتاز الطب النفسي القرن الحادي والعشرين؟

تُنبِّئ بزوال الطب النفسي في معظم تاريخه، فالمتفائلون يتوقعون حدوث اختراقات علمية درامية تروِّض الأمراض النفسية بالطريقة نفسها التي هزَمَتْ فيها المضاداتُ الحيوية السلَّ أو التي قضت به التطعيمات على داء الجدري. وأملت حركة الصحة النفسية أيضاً في أن رعاية الأطفال العقلانية وخفض استهلاك الكحول وتحسين الظروف الاجتماعية، ستلاشي أهمية المُحلِّلين والمعالجين

النفسيين. إلا أن هذا لم يحدث، فنجاح الطب الحديث ذاته جلب معه تحديات السكان المُعمَّرين مع زيادة الاكتئاب ومرض ألزهايمر المتربِّص باستمرار، والانفتاح الأوسع والتقدير الأكبر للمشاعر الفردية نتج عنهما زيادة طاغية في الحاجة إلى الاستشارات النفسية والعلاج النفسي. وازداد عدد الأطباء النفسيين وممتهني الصحة النفسية باضطراد في العالم أجمع. وبناء على هذا التعداد للعاملين في الصحة النفسية والزيادة في طلب خدماتها، فنعمْ، يجب أن يستمر الطب النفسي في الازدهار.

ولكنْ هل سيبقى الطب النفسي على وضعه الحالي؟ تتغير الأشياء بالتأكيد. هل ستنفصل العلاجات النفسية عن العلاجات الطبية الأكثر تقليداً للذُهانات؟ استقلَّ الطب النفسي حديثاً في أجزاء كثيرة من العالم من اعتماديته على طب الأعصاب، لكننا نسمع حالياً نداءات قوية لإعادة الاتحاد بينهما على أنه تطور منطقي لطب نفسي أكثر اقتداراً في المستقبل. ويُسمِّي العديد من الأطباء النفسيين أنفسهم حالياً «أطباء نفس وأعصاب»، ويقترح بعضهم أن يُستبدَل اللقب أكمله بـ «علماء الأعصاب السريريين». وفي العديد من أنظمة الرعاية الصحية يتعامل الأطباء النفسيون حصرياً تقريباً مع التشخيص والرعاية الداخلية معتمدين على أنموذج طبي، في حين يقوم بالرعاية الخارجية طويلة المدى للمرضى المعاقين الاختصاصيون الاجتماعيون والاختصاصيون / المعالجون النفسيون مستخدمين نهجاً بينياً بدرجة أكبر. إنّ هذه الضغوط ليست حديثة، لكن مع توافر عدد من الاختصاصيين النفسيين والممرضين والاختصاصيين الاجتماعيين المؤهلين جيداً فإن هياكل السلطة تتحرّك وتتطوّر عنها ممارساتٌ مختلفة كلياً.

يكمن منطقٌ في مثل هذه التطورات، فزيادة المعرفة تدفع للتخصص ولذا فزيادة التشظي في الطب النفسي أمرٌ لا مفرَّ منه. وبالرغم من هذا، يزدهر الطب النفسي. وما زال تَوَفُّر أقسام الطب النفسي يؤخذ على أنه نوع من التقدم. وحين يُترَك الخيار للناس يبدو أنهم يفضلون ذلك المزيج من الخبرة الطبية (أم هل هي سلطة؟) مع الحساسية العاطفية والنفسية الموجودة تقليدياً في الطب النفسي: يُقدِّم الأصل الطبي للطب النفسي الطمأنينة، مع هذا فالقليل منا يؤمن حقيقةً أنه مجرد فرع طبي.

إن العقل ليس الدماغ، ولا تزال هذه السمة المُحدِّدة للأمراض النفسية تُؤثِّر على فكرتنا عمن نكون وعلى علاقاتنا الحميمة، ويشكل التعاملُ مع هذا السمةَ المُميّزة للطب النفسي مهما كانت هيئته، وليس هناك دليلٌ على أن المجتمع يفقد اهتمامه به، ومن المحتمل أن تكون هناك حاجة لـ مقدمة موجزة إلى الطب النفسي بعد خمسين سنة من الآن.

قراءات إضافية

تُعد هذه المقدمة الموجزة جداً جولةً سريعة في الطب النفسي؛ لا تهدف إلى إفهام مهني أو تقني عن الموضوع، ولا أن تمنح نصائح حول ما يجب فعله لحل مشكلة نفسية قد تظن أنك أو شخصاً قريباً منك يعاني منها، ومن المؤمل أن ترى نفسك قادراً على أن تتواصل مع مختص، وأن تدرك أن هناك تسامحاً واستقبالاً مُرحِباً بك إن أنت فعلت. هنا بعض الاقتراحات لمن يرغب في أن يقرأ المزيد.

الفصل الأول: ما الطب النفسي؟

(Geddes, J., Price, J., and McKnight, R., Psychiatry (OUP, 2012

هناك كتب تدريسية عديدة عن الطب النفسي، ولكنْ أفضلها مكتوب ليتلاءم مع التدريب العملي، ولا أميل إلى اقتراح واحد منها. ومع هذا، إن كنت ترغب حقاً في أن تقرأ بتفصيل عن مرض ما أو مشكلة معينة فحينها أقترح عليك أن تقرأ واحداً بدلاً من أن تتصفح الإنترنت التي يمكن أن تكون معلوماتها مربكة.

Burns, Tom, Our Necessary Shadow: The Nature and Meaning of .(Psychiatry (Penguin, 2014

يغطي هذا الكتاب الموضوعات نفسها التي يغطيها كتابنا لكن بتفصيل أكبر.

الفصل الثاني: المصحات النفسية وأصول الطب النفسي،

والفصل الثالث: الدمج في المجتمع

Porter, Roy, Madness: A Brief History (OUP, 2002)

Shorter, Edward, A History of Psychiatry (Wiley, 1997)

Jones, Kathleen, Asylums and After (Athlone Press, 1993)

يستحق أغلب ما كتبه روي بورتر حول تاريخ المصحات النفسية القراءةَ (ويسميها «متاحف الجنون»)، أما كتاب شورتر فأكثر انتقاداً للمهنة، وكتاب كاثلين جونز أنموذجي وأكثر اتزاناً إلا أنه نافد، مع أنه يمكن الحصول عليه عبر المكتبات، وجميعها كتب ممتعة إلا أن لكل منها منظوره الخاص.

الفصل الرابع: التحليل النفسي والعلاج النفسي

Burns, Tom and Burns-Lundgren, Eva, Psychotherapy: A Very Short Introduction (OUP, 2015)

كتاب مرافق لكتابنا هذا إلا أنه يركز على الأنواع المختلفة للعلاج النفسي والاستشارات.

Storr, Anthony, Freud: A Very Short Introduction (OUP, 2001)

Stevens, Anthony, Jung: A Very Short Introduction (OUP, 2001)

هذان الكتابان مقدمتان قصيرتان جداً خاليتان من العبارات المتخصصة عن اثنين من الشخصيات الأكثر تسيداً في حركة التحليل النفسي.

الفصل الخامس: الطب النفسي تحت الهجوم

من الداخل والخارج

(Laing, R. d., The Divided Self (Penguin Books, 1960

Foucault, Michel, Madness and Civilization (Tavistock Publications, (1961

Bentall, Richard, Madness Explained: Psychosis and Human Nature ((Penguin books, 2003

يعد النفس المنقسمة الكتاب الأيقوني للحركة المناهضة للطب النفسي في ستينيات القرن العشرين، أما كتاب فوكو فصعب القراءة، ويناقش كتاب بنتال الجدل الحالي بمنهج أقل علمية وأكثر فلسفية ولكنه صعب أيضاً، وجميع هذه الكتب متوافرة.

الفصل السادس: عرضة للإساءة

كتب بورتر وشورتر لديها العديد لتقوله حول هذه الموضوعات أيضاً:

(Goffman, Asylums (Anchor, 1961

كتاب طويل لكنه ثاقب جداً فيما يتعلق بطيف من الأنشطة البشرية، وقد قاد الحملة ضد المصحات النفسية بفضح ممارساتها الخاطئة.

المصطلحات

الطب النفسي	psychiatry
العلاجات المستندة إلى الأدلة	evidence-based treatments
اكتئاب	depression
الفصام العقلي	schizophrenia
الاكتئاب الهوسي	manic depression
التحليل النفسي	psychoanalysis
المصحات النفسية	asylums
الفصل بين العقل والدماغ	the mind-brain dichotomy
الحركات المناهضة للطب النفسي	anti-psychiatrist movements
الالتزام الوجودي	existential obligation
علم النفس	psychology

experimental psychologists	علماء النفس التجريبيون
educational psychologists	اختصاصيو علم النفس التربوي
industrial psychologists	اختصاصيو علم النفس الصناعي
forensic psychologists	اختصاصيو علم النفس الجنائي
clinical psychologists	اختصاصيوعلم النفس السريري
abnormal psychology	علم النفس المرضي
learning theory	نظرية التعلم
behaviour therapy	العلاج السلوكي
cognitive behaviour therapy	العلاج المعرفي السلوكي
psychoanalysis	التحليل النفسي
free association	التداعي الحر
neuroses	الاضطرابات العصابية

Freudian	فرويدي
Freudian slip	زلة فرويدية
Psychotherapy	العلاج النفسي
psychodynamic	ديناميكية نفسية
mental illnesses	الأمراض النفسية
psychiatric disorders	اضطرابات نفسية
The subjectivity of diagnosis	الذاتية في التشخيص
mental state exam	فحص الحالة النفسية
phenomenology	الظواهرية
directed empathy	تعاطف موجه
theory of mind	نظرية العقل
Asperger's Syndrome	متلازمة أسبرجر
auditory hallucination	هلوسة صوتية

International Classification of Diseases	التصنيف الدولي للأمراض
Diagnostic and Statistical Manual	الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية
pneumonia	ذات الرئة
battle stress	كرب المعركة
shell shock	صدمة القذيفة
psychosis	الذهان
functional	وظيفية
bipolar affective disorder	اضطراب المزاج ثنائي القطب
organic	عضوي
madness	الجنون
loss of insight	فقدان البصيرة

reality test	اختبار الواقع
hallucination	الهلوسة
delusions	الأوهام

persecutory	الاضطهادية
thought disorder	اضطراب التفكير
withdrawal	الانسحاب
self-neglect	إهمال الذات
autism	التوحد
dementia praecox	الخرف المبكر
positive symptoms	اعراض موجبة
negative symptoms	أعراض سالبة
antipsychotic drugs	الأدوية المضادة للذهان

القنبيات شديدة الفعالية	high-potency cannabis
انتشاء	elation
هوس	mania
هوس خفيف	hypomania
مضادات الذهان	antipsychotic
علاج الصيانة	maintenance treatment
مضادات الاكتئاب	antidepressants
العلاج بالتخليج الكهربائي	electro-convulsive treatment
مثبتات المزاج	mood stabilizers
العلاج القسري	compulsory treatment
الاضطرابات العصابية	neurotic disorders
الاكتئاب السريري	clinical depression

normal depression	الاكتئاب الطبيعي
Anxiety	القلق
generalized anxiety disorders	اضطراب القلق العام
phobic anxiety disorders	اضطرابات الرهاب
simple phobia	الرهاب البسيط
graded exposure	التعرض المتدرج
agoraphobia	رهاب الخلاء
social phobia	الرهاب الاجتماعي
panic disorder	اضطراب الهلع
Obsessive compulsive disorder	اضطراب الوسواس القهري
Hysterical disorders	الاضطرابات الهستيرية
conversion disorders	الاضطرابات التحويلية
dissociative disorders	

الاضطرابات الانفصالية

la belle indifference	اللامبالاة الحسنة
automatism	الأتمتة
combat stress	إجهاد المعركة
Personality disorders	اضطرابات الشخصية
paranoid personality	الشخصية البارانويدية
hysterical personality	الشخصية الهستيرية
obsessional personality	الشخصية الوسواسية
psychopathic personality	الشخصية السيكوباتية (مضطربة العقل)
borderline personality disorder	اضطراب الشخصية الحدية
antisocial personality disorder	اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع
Addictions	الإدمانات
misuse	سوء استعمال

delirium tremens	الهذاء الرعاشي
dementia	الخرف
anorexia nervosa	القهم (فقدان الشهية)
assisted suicide	الانتحار المساعد
medical model	الأنموذج الطبي
myasthenia gravis	الوهن العضلي
multiple sclerosis	مرض التصلب المتعدد
evidence-based medicine	الطب المستند إلى الدليل
madhouses	بيوت رعاية المجانين
spa	منتجع
workhouses	مراكز عمل

asylums	المصحات
moral therapy	العلاج الأخلاقي
non-restraint movement	حركة إزالة القيود
open-door hospital	مستشفى الباب المفتوح
degeneration	الارتكاس
prognosis	توقع سير المرض
cerebral syphilis	السفلس الدماغي
Four As	الألفات الأربع
Autism	التوحد
Affect	الوجدان
Association	الترابط
Ambivalence	الازدواجية
General Psychopathology	علم النفس المرضي العام

malaria treatment for cerebral syphilis	علاج السفلس الدماغي بالملاريا
Insulin coma therapy	علاج غيبوبة الإنسولين
Lunatics	الحمقى
mental patient	المريض النفسي
Certification	التشخيص المؤكد
involuntary admission	الإدخال القسري
general paralysis of the insane	شلل المجنون العام
delusions of grandeur	أوهام العظمة
epileptic seizures	نوبات الصرع
Asylums Act	قانون المصحات
Lunacy Act	قانون الجنون
Alleged Lunatics' Friends Society	جمعية أصدقاء المجانين المزعوم جنونهم

Care in the community	الرعاية في المجتمع
Deinstitutionalization	اللامأسسة
abreaction	تفريج (تنفيس)
Therapeutic communities	المجتمعات العلاجية
Institutional neurosis	عصاب المأسسة
total institutions	المؤسسات الشاملة
defect state	حالة العجز
social inclusion	الإدماج الاجتماعي
Mental Health Act	قانون الصحة النفسية
Transinstitutionalization	تحول المأسسة
reinstitutionalization	إعادة المأسسة
liaison psychiatry	الطب النفسي الارتباطي
psychosomatic	طب نفسي بدني

Sector psychiatry

الطب النفسي القطاعي

community psychiatric nurse	الممرض النفساني المجتمعي
stigma	وصمة
talking treatment	العلاج بالتكلم
psychodynamic	العلاج الدينامي

Unconsciousness	اللاوعي
free association	التداعي الحر
hypnosis	التنويم الإيحائي
Oedipus complex	عقدة أوديب
Ego	الأنا
id	الهو

superego	الأنا الأعلى
Defence mechanisms	آليات الدفاع
resistance	مقاومة
transference	النقلة
archetypes	نماذج أولية
shadow self	النفس الظل
introvert	إنزوائي
extrovert	انبساطي/منفتح
Sociotherapy	العلاج الاجتماعي
Interpersonal Therapy	العلاج البيني
Cognitive Analytical Therapy	العلاج التحليلي الإدراكي
accurate empathy	التعاطف الصادق

unconditional regard	الاهتمام غير المشروط
non-possessive warmth	الحنان غير التملكي
Existential	الوجودية
experimental	التجريبية
Person-centered counselling	الإرشاد المرتكز على الشخص
Rogerian	الروجري
agent	عميل
family therapies	علاجات الأسرة
anorexia nervosa	القهم العصبي
behavioural family management	الإدارة الأسرية السلوكية
crisis therapy	العلاج وقت الأزمات
learning theory	نظرية التعلم
reflex learning	التعلم الانعكاسي

English	Arabic
operant conditioning	إشراط إجرائي
nocturnal enuresis	التبول الليلي
phobia	الرهاب/الخوف المرضي
automatic negative thoughts	الأفكار التلقائية السلبية
Socratic Dialogue	الحوار السقراطي
self-help movement	حركة مساعدة الذات
Mind-body dualism	ثنائية العقل-الجسم
Cartesian dualism	الثنائية الديكارتية
brain diseases	أمراض الدماغ
Parkinson’s disease	الشلل الرعاشي
Nature versus nurture	الطبع مقابل التطبع
The schizophrenogenic mother	الأم المسببة للفصام

English	Arabic
The double-bind	الرباط المزدوج
meta-communications	تواصلات فوقية
anorexia nervosa	القهام
anorexia bulimia	النهام
Evolutionary psychology	علم النفس التطوري
survival of the fittest	بقاء الأصلح
inclusive fitness	الصلاحية الشاملة
ethological games-theory	نظرية الألعاب البيئية
The anti-psychiatry movement	الحركة المضادة للطب النفسي
anti- psychiatrists	مضادة للأطباء النفسيين
insanity defence	دفاع الجنون
existential phenomenology	الظواهرية الوجودية

Radical and Post Psychiatry	الطب النفسي الثوري والما بعدي
Post Psychiatrists	الأطباء النفسيون الما بعديون
lobotomy	جراحة المخ
The Hawthorn effect	تأثير هوثورن
sluggish schizophrenia	الفصام المتلكئ
dependence	الاعتمادية
atypical antipsychotics	مضادات الذهان غير التقليدية
tricyclic antidepressants	مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة
post-traumatic stress disorder	اضطراب الكرب التالي للصدمة
social phobia	الرهاب الاجتماعي
psychotropic drugs	الأدوية المؤثرة عقلياً
attention deficit and hyperactivity disorder	اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه

stimulant drugs	الأدوية المحفزة
a criterion-based system	نظام معتمد على المعايير
reliability	الموثوقية (الثبات)
validity	المصداقية
nicotine and caffeine use disorder	اضطراب استعمال الكافيين والنيكوتين
oppositional defiant disorder	اضطراب المعارضة والتحدي
schizophrenia in remission	فصام عقلي في طور الهدأة
learning disabilities	إعاقات التعلم
capacity	أهلية
severe personality disorders	اضطرابات الشخصية الشديدة
psychopathic	المعتل نفسياً
antisocial personality disorder	اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع
Alcoholic Anonymous	جمعية مدمني الكحول المجهولين

Narcotic Anonymous	جمعية متعاطي المخدرات المجهولين
withdrawal symptoms	الأعراض الانسحابية
The insanity defence	الدفع بحجة الجنون
infanticide	جريمة قتل الرضع
diminished responsibility	المسؤولية الجزئية
mania	الهوس
automatism	حالة أتمتة
multiple personality disorder	اضطراب الشخصية المتعددة
False memories	ذكريات خاطئة
social psychiatry	الطب النفسي الاجتماعي
air encephalography	تصوير الدماغ الهوائي
Computer assisted tomography	التصوير المقطعي المحوسب

English	Arabic
Magnetic resonance imaging	التصوير بالرنين المغناطيسي
Functional MRI	التصوير بالرنين المغناطيسي الوظيفي
Huntington disease	مرض هنتنغتون
lifestyle drugs	أدوية نمط الحياة
smart drugs	الأدوية الذكية
post-modern individualism	فردانية ما بعد الحداثة
the mental hygiene movement	حركة الصحة النفسية
Alzheimer's disease	مرض ألزهايمر

English	Arabic
neuropsychiatrists	أطباء نفس وأعصاب
clinical neuroscientists	علماء الأعصاب السريريون

1. خطوط وهمية يظن بعضهم أنها تربط بين الأماكن المقدسة ومناطق الحضارات التاريخية. (المترجم) ↑

2. كهنة الشعوب السلتية. (المترجم) ↑

Table of Contents

